

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Disertační práce

**MEZNÍ ŽIVOTNÍ SITUACE TĚŽCE NEMOCNÝCH
A UMÍRAJÍCÍCH PACIENTŮ – PROSTOR PRO
ETABLOVANÉ NÁBOŽENSTVÍ ČI „ALTERNATIVNÍ“
SPIRITUALITU?**

Školitel: doc. Michal Opatrný, Dr.theol.

Autor práce: Mgr. et Mgr. Jana Maryšková

Studijní obor: Teologie

2020

Prohlašuji, že svoji disertační práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 22. 09. 2020

.....

Děkuji svému školiteli, doc. Michalu Opatrnému, Dr.theol., za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky k mé práci a zejména za trpělivost a vstřícnost, se kterou se mi v průběhu studia věnoval. Zároveň děkuji svému manželovi za veškerou podporu, kterou mi během studia poskytoval.

MOTTO:

„Bud'te vždy připraveni dát odpověď každému, kdo by vás vyslychal o naději, kterou máte, ale číňte to s tichostí a s uctivostí“.

(1 P 3,15–16)

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 Východiska práce	14
2 Vymezení pojmů a použitá metoda	18
2.1 Spiritualita a religiozita	18
2.1.1 „Tradiční“ spiritualita	20
2.1.2 „Alternativní“ spiritualita	23
2.2 Duchovní péče / klinická pastorační péče	25
2.3 Metoda pastorální teologie: <i>Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie</i> ..	27
 KRITERIOLOGIE	
3 Stanovení základních a dílčích kritérií pro praxi církve	30
3.1 Ježíšova praxe jako měřítko pro praxi církve	30
3.2 Evangelizace – základní kritérium pro praxi církve	34
3.3 Realizační funkce církve (<i>diakonia, martyria, leiturgia, koinonia</i>) jako dílčí kritéria	38
 KAIROLOGIE	
4 Současný společenský kontext pro praxi církve: teoretická východiska	43
4.1 Náboženství v české společnosti	43
4.2 Česká republika jako „nejateističtější“ země v Evropě? – nezájem o církve, zájem o nadpřirozeno	49
4.2.1 „Alternativní“ spirituální zájmy Čechů v oblasti zdraví a nemoci	53
4.2.2 Péče o nemocné jako pozitivně vnímaná činnost církve	57
4.3 Shrnutí	60
5 Praxe církve v oblasti péče o nemocné	63
5.1 Nemocný v mezní životní situaci jako adresát „opce pro chudé“.....	63
5.2 Křesťanský koncept služby nemocným: klinická pastorační péče	68

5.2.1	Stručný pohled do vývoje klinické pastorační péče u nás	68
5.2.2	Současná podoba klinické pastorační péče v České republice ...	75
5.3	Impulzy z německy mluvících zemí	80
5.3.1	Zájem o spiritualitu v oblasti medicíny	81
5.3.2	Sekulární „spiritual care“ – nový koncept péče o nemocné místo klinické pastorační péče?.....	86
5.4	Shrnutí	92
6.	Současný společenský kontext pro realizaci služby nemocným: výzkum – Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných.....	96
6.1	Současný stav bádání k tématu výzkumu.....	96
6.2	Metodologie výzkumu	98
6.2.1	Metoda sběru dat	99
6.2.2	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	100
6.2.3	Postup výzkumu	101
6.2.3.1	Výběr a oslovení respondentů	101
6.2.3.2	Realizace rozhovorů a etický aspekt	102
6.2.4	Způsob analýzy a zpracování dat	105
6.3	Výsledky výzkumu a vyhodnocení získaných dat	106
6.3.1	Utváření a proměna spirituality v průběhu života	106
6.3.2	„Tradiční“ a „alternativní“ spiritualita v kontextu závažného onemocnění	110
6.3.2.1	Nemoc jako otevřený prostor	110
6.3.2.2	Změny „tradiční“ / „alternativní“ spirituality v období nemoci	113
6.3.2.3	Vzájemná otevřenost „tradiční“ a „alternativní“ spirituality	118
6.3.3	Shrnutí	120
 TEOLOGICKÝ VÝKLAD		
7.	Závažné onemocnění – prostor pro křesťanství či „alternativní“ spiritualitu?.....	124
7.1	Porovnání teoretických východisek s odpověďmi respondentů	124

7.2	Současná praxe ve vztahu k výše stanoveným kritériím	131
-----	--	-----

PRAXELOGIE

8.	Klinická pastorační péče v sekulárním českém kontextu: dílčí kritéria a sebepojetí.....	141
8.1	Nacházení společných témat s „alternativně“ věřícími – klinická pastorační péče jako <i>diakonia</i>	143
8.1.1	Rodina – zdroj opory i obav z budoucnosti	144
8.1.2	Nejen prací živ je člověk	149
8.1.3	Vnímání člověka v jeho celistvosti	153
8.1.4	Křesťanství jako zkušenost z dětství	158
8.1.5	„Alternativní spiritualita“ a byznys se zdravím	160
8.2	Komunikačně obtížné situace – klinická pastorační péče jako <i>martyria</i>	164
8.2.1	Nemocniční kaplan jako <i>martyr</i> Boží kenoze	166
8.2.2	Nemocniční kaplan jako <i>martyr</i> Božího <i>con-solatio</i>	168
8.2.3	Nemocniční kaplan jako <i>martyr</i> Boží proměňující moci v člověku	171
8.3	Klinická pastorační péče – pastorační péče či pomáhající profese?	174
8.4	Pastorační doporučení pro praxi nemocničních kaplanů	189
8.5	Shrnutí	194
	ZÁVĚR	199
	Seznam použitých zdrojů	203
	Seznam zkratk	228
	Seznam příloh	230
	Přílohy	231
	Abstrakt	241
	Abstract (abstrakt v angličtině)	243

ÚVOD

Tato disertační práce se zabývá jednou z oblastí činnosti církve ve společnosti, konkrétně oblastí péče o nemocné v podobě tzv. duchovní resp. klinické pastorační péče v kontextu mezní životní situace pacientů se závažným onemocněním, v konfrontaci s tzv. „alternativní“ spiritualitou.

Závažné onemocnění a náhlá blízkost smrti představují situaci, která staví člověka před skutečnost vlastní zranitelnosti, konečnosti, zpochybňuje dosavadní jistoty a stojí tak v přímém protikladu k atributům tzv. konzumní společnosti, jak bývá naše současná společnost často nazývána,¹ kterými jsou mládí, krása, zdraví, síla. V roce 2018 zveřejnila agentura *Perfect Crowd* průzkum provedený na vzorku 1000 lidí ve věku 18 – 65 let na téma strach. Výsledky ukázaly, že dospělí Češi se nejvíce obávají samoty (19 %), chudoby (41 %) a právě smrti (43 %).² Závažné onemocnění a realita smrti se stávají existenciálním měřítkem, kterým se musí nově poměřovat plány, přání, víra a představy nejen nemocných, ale i jejich blízkých, otevírají prostor pro otázky po smyslu, po tom, co člověka přesahuje a dotýkají se tak oblasti spirituality, transcendence, náboženství,³ neboť v každém utrpení je podle papeže Jana Pavla II. obsažena nejen otázka *Proč?*, tedy otázka po příčině, ale také otázka po konečné hranici *Až kam?*, a konečně i otázka po nejvyšším smyslu.⁴ Jak uvádí papež František: „Nemoc, především je-li závažná, pokaždé způsobuje krizi lidského života a nese s sebou otázky jdoucí na hlubinu (...).“⁵ Odpovědi na tyto otázky, stejně jako zdroje naděje, posily a opory lze hledat v rámci rodiny a nejbližších přátel, ale také v souladu s vlastním spirituálním zaměřením např. v křesťanství či v různých „alternativních“ směrech. A právě na tuto problematiku se disertační práce zaměřuje a klade si otázku, zda závažné onemocnění otevírá prostor pro etablované náboženství, v kontextu České republiky křesťanství, reprezentované v nemocnicích duchovní resp. klinickou pastorační péčí, či pro nejrůznější podoby tzv. „alternativní“ spirituality, se kterou se lze

¹ Srov. např. LIPOVETSKY, G. *Éra prázdnoty: Úvahy o současném individualismu*. Praha: Prostor, 2001. Britský sociolog Stephen J. Hunt uvádí, že „konzum je tak centrální záležitostí západní kultury, že může být popisován jako forma religiozity“. HUNT, S. J. *Alternative religions: A Sociological Introduction*. Aldershot: Ashgate, 2003, s. 225.

² GRANDMAGAZINE. *Výzkum zjistil, čeho se Češi bojí*. Dostupné na WWW: < [https://grandmagazine. argusmedia.sk/cs/2018/12/12/vyzkum-zjistil-ceho-se-cesi-boji](https://grandmagazine.argusmedia.sk/cs/2018/12/12/vyzkum-zjistil-ceho-se-cesi-boji)>.

³ Srov. VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*, Praha: Portál, 2012, s. 71–87.

⁴ SD 13.

⁵ FRANTIŠEK. *Poselství k 24. Světovému dni nemocných*. Dostupné na WWW: < <http://www.bcb.cz/udalosti/Poselstvi-Svateho-otce-k-24-Svetovemu-dni-nemocnych.html>>.

v tomto prostředí setkat.⁶ Tato otázka je zároveň otázkou po úloze, místu, opodstatnění a podobě křesťanské duchovní resp. klinické pastorační péče v systému převážně sekulárních českých nemocnic v konfrontaci s různými podobami této „alternativní“ spirituality.

Cílem této disertační práce je zodpovězení výše naznačených otázek a jejich pastorálně-teologická reflexe v rámci jedné z metod praktické teologie. První otázka vyvstává v souvislosti s názvem práce, tedy zda se v mezní životní situaci, v níž se těžce nemocní a umírající pacienti bezpochyby nacházejí, otevírá prostor pro tradiční, etablované náboženství – v českém kontextu křesťanství –, představované v nemocnicích výše uvedenou duchovní resp. klinickou pastorační péčí, či pro tzv. „alternativní“ spiritualitu; nakolik jsou tedy křesťanství na jedné straně a různé druhy „alternativní“ spirituality na straně druhé schopné reflektovat obtížnou situaci pacientů a poskytnout jim odpovědi na otázky, které si kladou. Těžce nemocnými a umírajícími pacienty jsou přitom pro účely této práce myšleni pacienti nemocnic. Umírající pacienti se závažným onemocněním jsou klienty např. i lůžkových či domácích hospiců, Alzheimercenter apod., v předložené práci se však nejedná výlučně o pacienty umírající, ale také o ty, kteří se ze svého závažné onemocnění dočasně či trvale vyléčili.

Se zodpovězením první otázky úzce souvisí druhá otázka týkající se úlohy, podoby a přínosu duchovní resp. klinické pastorační péče zejména v sekulárních nemocnicích. Úvahy o úloze a místu této péče v nemocnicích jsou v českém kontextu legitimní zejména s ohledem na přetrvávající nízký zájem Čechů o církev a s nimi spojený typ spirituality či religiozity na jedné straně⁷ a naopak na poměrně vysoký zájem o tzv. „alternativní“ spiritualitu na straně druhé.⁸ Ačkoli křesťanské církve, „vědomy si společného poslání sloužit potřebným a lidem v obtížných životních situacích, vydávat svědectví o křesťanské víře a naději“,⁹ poskytují v nemocnicích duchovní péči „s cílem prospět trpícím v těžkých situacích bez ohledu na jejich vyznání“,¹⁰ nabízí se otázka, zda a nakolik je tato duchovní péče skutečně schopná oslovit i např. tzv. „alternativně“

⁶ Srov. OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2008, s. 94–95; s. 97

⁷ Srov. např. výzkum americké agentury *Pew Research Center*, jehož výsledky byly zveřejněny v roce 2017. PEW RESEARCH CENTER. *Religious Belief and National Belonging in Central and Eastern Europe. National and religious identities converge in a region once dominated by atheist regimes*. Dostupné na WWW: <<http://www.pewforum.org/2017/05/10/religious-belief-and-national-belonging-in-central-and-eastern-europe/>>.

⁸ Srov. HAMPLOVÁ, D. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Karolinum, 2013 s. 14–15; s. 74.

⁹ *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví*. Dostupné na WWW: <<http://spcp.prf.cuni.cz/dokument/Dohoda-o-duchovni-peci-ve-zdravotnictvi.pdf>>.

¹⁰ Tamtéž.

věřící pacienty, zda by si vyžádali doprovázení nemocničním kaplanem a zda i někteří křesťané v období závažného onemocnění nehledají pomoc a oporu mimo oblast křesťanství. Zahraniční výzkum mezi onkologickými pacienty například ukázal, že 40 % z nich označuje za svého spirituálního doprovázejícího rodinné příslušníky a přátele, 29 % člena zdravotnického personálu a pouze 17 % duchovní či nemocniční kaplany.¹¹ V sousedních německy mluvících zemích je navíc již delší dobu diskutováno téma nového vymezení úlohy a definice duchovní resp. klinické pastorační péče v souvislosti s tzv. „spiritual care“ jako nového interdisciplinárního konceptu péče o pacienta, který má pomoci integrovat úzce konfesně váznou pastorační péči různých církví do obsáhlejšího konceptu sekulární péče a doprovázení v rámci systému nemocnic.¹²

Odpovědi na výše uvedené otázky jsou následně reflektovány z pastorálně-teologického hlediska pomocí jedné z **metod** praktické teologie, a to metody *Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie* rakouského teologa P. M. Zulehnera, která tvoří strukturu celé práce. Zároveň jsou pomocí této metody stanoveny základní a dílčí kritéria pro praxi církve, je analyzován současný společenský kontext, v němž se tato praxe uskutečňuje, ta je poté porovnána se stanovenými kritérii a teologicky reflektována, a na závěr je předložena úvaha, jakým směrem by se měla stávající praxe dále ubírat, resp. jak by měla duchovní resp. klinická pastorační péče chápat sama sebe.

Práce je **členěna** podle výše uvedeného trojkroku *Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie* a kromě teoretické části obsahuje také část praktickou (empirickou). Teoretická část obsahuje osm kapitol, z nichž **první** je věnována východisku práce, tedy zdůvodnění tématu práce, **druhá** kapitola terminologickému vymezení a použité metodě. Další kapitoly již spadají pod jednotlivé kroky metody *Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie*.

Kriteriologie zahrnuje **třetí** kapitolu, která se zabývá stanovením kritérií pro praxi církve v souladu s Zulehnerovou metodou, přičemž hlavním měřítkem pro praxi církve je Ježíšova praxe. Za základní kritérium je považována evangelizace, která je však podle Zulehnera příliš širokým pojmem a je proto třeba odvodit další dílčí kritéria, která pojem evangelizace specifikují, jako např. naděje, osvobození, život, spása a uzdravení, lid Boží. V této práci byly jako dílčí kritéria, tedy dílčí cíle pro praxi církve, zvoleny

¹¹ Srov. ROSER, T. Seelsorge und Spiritual Care. In: KLESSMANN, M. (ed.) *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, 4. rozšíř. vyd. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2013, s. 74.

¹² Srov. KÖRTNER, U. H. J. *Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2010, s. 93–94.

čtyři konstitutivní prvky církve – *koinonia*, *diakonia*, *leitourgia*, *martyria* (společenství, služba, bohoslužba, svědectví), které jsou konkrétnější než pojem evangelizace a zahrnují celý život církve.

Následující krok *Kairologie* obsahuje čtvrtou až sedmou kapitolu, z nichž **čtvrtá** a **pátá kapitola** jsou teoretické a analyzují současný společenský kontext, v němž je realizována praxe církve jak v obecné rovině, tak konkrétně v oblasti péče o nemocné. **Šestá** kapitola je praktická, tvoří ji výzkum, který byl realizován za finanční podpory Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v rámci grantového projektu specifického výzkumu GAJU č. 0128/2018/H, a zabývá se vlivem závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných. Navazuje tak na předchozí dvě kapitoly a zkoumá – tentokrát z praktického úhlu pohledu – kontext, v němž se odehrává praxe církve v oblasti péče o nemocné. V rámci této kapitoly je rovněž uveden dosavadní stav bádání k tématu výzkumu, v němž jsou stručně zmíněny nejdůležitější publikace, které se tohoto tématu týkají. Kapitoly čtyři až šest tedy zkoumají v teoretické i praktické rovině současnou praxi, resp. znamení času – *kairos*. Těm je poté dán v následující kapitole teologický výklad.

V kroku *Kairologie* je uvedena ještě **sedmá** kapitola, která porovnává současnou praxi církve s výše stanovenými kritérii a odpověďmi respondentů. Tato kapitola je jakýmsi mezikrokem, se kterým autor metody P. M. Zulehner počítá v rámci druhého kroku *Kairologie*, ačkoli v samotném názvu metody není tento dílčí krok uveden. Autor metody jej nazývá *teologický výklad (theologische Deutung)*,¹³ který následuje po stanovení kritérií a výzkumu současné praxe a teologicky vykládá vztah těchto kritérií a stávající praxe, jinými slovy zjišťuje, k naplnění kterého z kritérií resp. cílů je zde a nyní příhodný čas.

Pod poslední krok – *Praxeologie* – spadá závěrečná, **osmá** kapitola, které obsahuje závěry pro praxi církve. Po předchozím stanovení základních a dílčích kritérií, po analýze situace a stávající praxe následuje v tomto posledním kroku posouzení toho, zda a nakolik tato praxe odpovídá současné situaci, tedy která ze stanovených kritérií jsou relevantní i v kontextu klinické pastorační péče. Součástí této kapitoly je dále úvaha, jak by měla duchovní či klinická pastorační péče chápat sama sebe, a pastorační doporučení pro praxi nemocničních kaplanů.

Při zpracování teoretické části disertační práce byly použity relevantní **zdroje**, které

¹³ Srov. ZULEHNER, P. M. *Pastoraltheologie. Band 1 Fundamentalpastoral: Kirche zwischen Auftrag und Erwartung*. Düsseldorf: Patmos, 1989, s. 39.

jsou k tomuto tématu k dispozici v dostatečném množství. Hovoříme-li o zdrojích, pak zdrojem v nejvlastnějším slova smyslu je Bible. Pokud se v textu vyskytují biblické zkratky, jsou převzaty z Českého ekumenického překladu, Praha: Zvon, 1991. Jsou-li biblické zkratky součástí přímých citací, jsou ponechány v podobě, ve které je uvádí autor citovaného textu. Kromě Bible byly dále použity církevní dokumenty – papežské encykliky, exhortace, promluvy, dokumenty II. vatikánského koncilu a další.

Dalšími zdroji, ze kterých jsme v práci čerpali, jsou jak české, tak cizojazyčné publikace, a to především z německé jazykové oblasti, na kterou je autorka práce díky svému původnímu vzdělání (germanistika) zaměřena. Jedná se o široké spektrum autorů – teologů, sociologů, lékařů, psychologů. Z českého a slovenského prostředí za všechny uvedme jména jako P. Ambros, A. Opatrný, M. Opatrný, T. Špidlík, D. Hamplová, O. Nešporová, Z. R. Nešpor, D. Václavík, M. Stříženeček, P. Říčan, E. Křížová, M. Opatrná a celá řada dalších. Z německé jazykové oblasti jmenujme vedle teologů jako J. Sander či P. M. Zulehner ty autory, kteří mají kromě teologie přesah do dalších oborů, převážně medicíny a lékařské etiky, a zabývají se tématy blízkými tématům této disertační práce, např. D. Nauer, T. Roser, U. H. J. Körtner, M. Klessmann, paliatr G. D. Borasio či lékař A. Büssing.

V praktické části práce byla použita zejména literatura zabývající se kvalitativním výzkumem a základními přístupy k analýze kvalitativních dat autorů M. Miovského, A. Strausse – J. Corbinové, J. Hendla či R. Švaříčka – K. Šed'ové.

V disertační práci je použito rovněž několik článků, které autorka práce publikovala během doktorského studia v letech 2015 – 2019 v časopisech *Studia theologica*, *Caritas et veritas* a *Časopis lékařů českých*. Tyto články či jejich části jsou součástí předložené práce a nejsou uvedeny v poznámkovém aparátu. Nejedná se však o autoplagiát, nýbrž o splnění povinnosti publikovat články z disertační práce před jejím odevzdáním k obhajobě.

Tam, kde nebyla k dispozici příslušná literatura, ale relevantní informace bylo možné získat z internetových zdrojů, byly v menší míře využity i tyto zdroje.

Práce obsahuje také čtyři **přílohy**, které jsou její nedílnou součástí, z nichž dvě tvoří přepisy rozhovorů s respondenty – jedním tzv. „tradičně“ a jedním tzv. „alternativně“ věřícím, třetí příloha přináší ukázkou dílčího procesu analýzy dat v programu na analýzu kvalitativních dat MAXQDA 2018 a poslední, čtvrtá příloha obsahuje ukázkou třídění dat pomocí myšlenkových map v aplikaci MINDLY.

Závěrem ještě zmiňme **formální stránku** předkládané disertační práce. Formální úpravy jsou provedeny podle aktuální *Metodické pomůcky ke zpracování závěrečných prací* na Teologické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, poznámkový aparát je tvořen podle normy ČSN ISO 690. V případě profesí, které jsou v předložené práci uvedeny (např. sociální pracovník, psycholog, paliatr, kaplan apod.), je jak z důvodu zjednodušení a úspornosti psaní, tak i přehlednosti textu použito generické maskulinum, které je však souhrnným označením osob obou pohlaví, nikoli výrazem genderové nevyváženosti.

1 Východiska práce

Východiska práce resp. zdůvodnění tématu práce je pojato ve dvou rovinách: nejprve v obecnější rovině pastorálně-teologické a následně v rovině osobní.

Na II. vatikánském koncilu církev vykročila k lidem, a to ke všem lidem „dnešní doby“; stala se církví otevřenou lidem v nejrůznějších životních situacích, s problémy, které mají, a tyto situace a problémy se musí stát předmětem reflexe z hlediska víry církve, jak uvádí ve svém *Komentáři k pastorální konstituci Gaudium et spes* Joachim Sander.¹⁴ Od II. vatikánského koncilu se proto klíčovým teologickým tématem stává kontext. Chce-li dnes teologie reflektovat určitou situaci člověka, může jen stěží pominout kontext, do kterého je tato situace zasazena.

Otázkou je, jaké kontexty a z jakých důvodů jsou pro teologii relevantní a na jaké problémy se má orientovat. Kontext je vždy vztahovou veličinou – je kontextem něčeho, tedy i historické, ekonomické, politické či socio-kulturní determinanty života člověka v určité oblasti světa se pro teologii stávají relevantním kontextem tehdy, provokují-li teologické otázky či jsou-li těmito otázkami tematizovány. Tento vztah je vzájemný – určité kontexty podněcují otázky a výzvy a naopak díky určitým otázkám se problémy a krize člověka stávají kontextem teologického uvažování.¹⁵ Teologická reflexe může mít různý charakter, může být např. zaměřena na konkrétního člověka v jeho rozmanitých životních situacích a potřebách, nebo na politické poměry a nespravedlivé struktury, v nichž lidé žijí a které neumožňují lidsky důstojný život. Podle toho pak může být určující kontext teologie konstituovaný např. primárně politicky – zaměřený na vypořádání se s politickými poměry, v nichž lidé žijí a které jsou nelidské, či primárně pastoračně – zaměřený na člověka v jeho konkrétní situaci nouze, bídy, utrpení,¹⁶ tak jako je tomu v této disertační práci.

Pastorální konstituce *Gaudium et spes* označuje tyto kontexty za „znamení doby“, která je následně třeba zkoumat a interpretovat ve světle evangelia.¹⁷ Papež Jan XXIII.

¹⁴ Srov. SANDER, J. Theologischer Kommentar zur Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute *Gaudium et spes*. In: HÜNERMANN, P., HILBERATH, B. J. (ed.) *Herders Theologischer Kommentar zum Zweiten Vatikanischen Konzil*, sv. 4., zvl. vydání. Freiburg, Basel, Wien: Herder, 2009, s. 585–589; s. 704–715.

¹⁵ Srov. DALFERTH, I. U. Kontextuelle Theologie in einer globalen Welt. In: FLÜGGE, T., HIRZEL, M. E., MATHWIG, F., SCHMID, P. (ed.) *Wo Gottes Wort ist: die gesellschaftliche Relevanz von Kirchen in der pluralen Welt*. Zürich: Theologischer Verlag, 2010, s. 38–39.

¹⁶ Srov. tamtéž, s. 37–38.

¹⁷ Srov. GS 4.

popsal v encyklice *Pacem in terris* znamení doby jako „znaky“ (čl. 39), které charakterizují určitou dobu, a jako takové jsou pro církev výzvou a šancí“.¹⁸ Mezinárodní teologická komise to vyjádřila následovně: „To, k čemu dochází obecně ve světě, ať už v pozitivním, nebo negativním slova smyslu, nemůže nikdy ponechat církev netečnou. Svět je totiž místem, kde církev kráčí v Kristových stopách, když zvěstuje evangelium, vydává svědectví o Boží spravedlnosti a milosrdenství a účastní se na dramatu lidského života.“¹⁹ Povinností teologie pak je „odpovídat na otázky dnešních lidí, dávat nové odpovědi víry na zjevení Boží v podmínkách světa pro naši každodenní praxi“.²⁰

Jedním z výše uvedených kontextů byl latinskoamerický kontext s „přednostní opcí pro chudé“ přijatou biskupy Latinské Ameriky na biskupské synodě v Medellinu (1968) a v Pueble (1979). Tato „přednostní opce pro chudé“ znamenala zásadní změnu perspektivy vnímání. Církev se vědomě postavila na stranu chudých a utlačovaných. Východiskem pro tuto „teologii zdola“ se staly zkušenosti a problémy lidí v jejich společenském kontextu.

„Opce pro chudé“ byla v Evropě recipována v tzv. evangelizačním paradigmatu spojeném se jmény jako K. Bopp, N. Mette či S. Knobloch. Požadavkem je souhlas slov a činů – o Bohu můžeme věrohodně mluvit jen tehdy, jde-li s tím ruku v ruce odpovídající svědectví činu. Jestliže křesťanská víra dosvědčuje lidem otevřenou, uzdravující a osvobozující Boží lásku, jak se projevila v životě, smrti a zmrtvýchvstání Ježíše Krista, pak nestačí o tom pouze mluvit, ale tato víra musí nalézt svůj odraz ve zkušenosti a utváření lidského života. Vlastním místem jejího svědectví jsou reálné lidské vztahy.²¹ Když „církev vychází v ústřety lidem v utrpení a v jejich potřebách, a to i v potřebách materiální povahy, naplňuje službu lásky (*caritas*) k bližnímu“,²² a to nejen uvnitř církve, ale jak bylo výše uvedeno, i přes její hranice.

¹⁸ OPATRŇY, M. *Sociální práce a teologie: Inspirace a podněty sociální práce pro teologii*. Praha: Vyšehrad, 2013, s. 141–142.

¹⁹ MEZINÁRODNÍ TEOLOGICKÁ KOMISE. *Teologie dnes: Perspektivy, principy a kritéria*. Olomouc: UP, 2012, s. 43.

²⁰ AMBROS, P. *Teologicky milovat církev: Vybrané statě z pastorální teologie*, Olomouc: Refugium Velehrad-Roma, 2003, s. 84.

²¹ Srov. METTE, N. Vom Säkularisierungs- zum Evangelisierungsparadigma. In: *DIAKONIA: Internationale Zeitschrift für die Praxis der Kirche*, 21. Jahrgang, Heft 6. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1990, s. 427.

²² DCE 19.

„Opce pro chudé“ je proto základním pastoračním posláním církve²³, „je pro církev kategorií spíš teologickou než kulturní, sociologickou, politickou či filozofickou, neboť chudí mají v Božím srdci natolik privilegované místo, že on sám se stal chudým“,²⁴ uvádí papež František. Papež dále zdůrazňuje, že je zapotřebí věnovat pozornost novým formám chudoby a slabosti, v nichž máme poznávat trpícího Krista. Jde zejména o bezdomovce, narkomany, staré a opuštěné lidi, migranty či ženy trpící domácím násilím.²⁵ Mezi slabé a znevýhodněné, kteří potřebují naši ochranu, patří rovněž nemocní, staří a umírající lidé.

Právě nemoc, umírání a smrt představují jednu z oblastí, které církev vždy věnovala svou pastorační pozornost a v níž je i dnes potřebné zaměřit se na výše uvedenou „opci pro chudé“ např. prostřednictvím kategoriální pastorační péče v podobě duchovní resp. klinické pastorační péče v prostředí nemocnic. K těmto „chudým“ zde patří tzv. pacienti „na okraji“, jak uvádí pastorální teolog Michael Klessmann,²⁶ tedy problémoví pacienti reagující na nemoc neklidem, strachem či agresivitou, dále pacienti psychiatričtí, senioři, ale také pacienti těžce nemocní a umírající, kteří často trpí informačním deficitem, nedostatkem respektu a úcty. Právě posledně jmenovaní si v období závažného onemocnění tváří v tvář vážné nemoci či smrti často „kladou a s novou naléhavostí pociťují nejzákladnější otázky: Co je člověk?, Jaký je smysl bolesti, zla, smrti, které přes všechn dosažený pokrok trvají? (...) Co přijde po tomto pozemském životě?“²⁷ neboť „člověka netrápí jenom bolest a postupný tělesný úpadek, ale také – ba více – strach z trvalého zániku (...) a všechno úsilí techniky, byť sebeužitečnější, nedovede uspokojit úzkost člověka.“²⁸ Pacienti se závažným onemocněním či pacienti umírající jsou proto adresáty „opce pro chudé“ a jejich situace představuje jeden z oněch kontextů – znamení doby, který je třeba teologicky reflektovat a v křesťansko-církevní praxi usilovat o konkrétní proměnu situace těchto „chudých“ v duchu evangelia, v duchu Ježíšova přikázání lásky k chudým, nemocným, utlačovaným a marginalizovaným. Ze všech výše uvedených důvodů se situace těžce nemocných

²³ AMBROS, P. *Fundamentální pastorální teologie: Pastorální teologie I*. Olomouc: Mgr. Jiří Burget, 2000, s. 26.

²⁴ EG 197–198.

²⁵ Srov. EG 209–212.

²⁶ Srov. KLESSMANN, M. Die prophetische Dimension der Seelsorge im Krankenhaus. In: KLESSMANN, M. (ed). *Handbuch der Krankenhauseselsorge*, 4. vyd. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2013, s. 285.

²⁷ GS 10.

²⁸ GS 18.

a umírajících pacientů stala východiskem i pro tuto disertační práci, v níž je z pastorálně-teologického hlediska reflektována.

Vedle obecnějšího pastorálně-teologického východiska lze další důvod k napsání této disertační práce spatřovat i v konkrétní, osobní rovině, neboť nelze pominout, že i tato práce, podobně jako jiné obdobné kvalifikační práce, vznikala v určitém biografickém kontextu. Autorka předložené disertační práce nepřistupovala k této práci z neutrální pozice, ale s křesťanským předporozuměním a zajímalo ji proto spojení praktické teologie s běžným, každodenním životem lidí nacházejících se v obtížné životní situaci důsledkem závažného onemocnění. Jako křesťanka – katolička navíc sama vnímala a vnímá potřebu zprostředkovávat těmto lidem svou „důvěru v přítomnost osvobozujícího a zachraňujícího Boha a činem bliženecké lásky nechávat tuto osvobozující a zachraňující přítomnost zakoušet i v jejich životě“,²⁹ jak výstižně uvádí A. Lob-Hüdepohl. Proto autorka práce působila několik let jako dobrovolník Diecézní charity v Nemocnici České Budějovice, a. s., neboť právě prostředí nemocnice je jí z řady důvodů blízké. Zároveň se od roku 2010 systematicky zabývá problematikou duchovní resp. klinické pastorační péče, je autorkou kurzu *Nemocniční kaplan* na Teologické fakultě v Českých Budějovicích, několika článků na toto téma a spolupodílela se mj. rovněž na zavedení duchovní resp. klinické pastorační péče ve výše zmíněné Nemocnici České Budějovice, a. s. Propojení zkušeností z prostředí nemocnice a znalostí problematiky nemocničního kaplanství resp. duchovní / klinické pastorační péče s oborem praktické teologie v rámci studia v doktorském studijním programu Teologie tak bylo logickým východiskem pro volbu výše uvedeného tématu disertační práce.

²⁹ LOB-HÜDEPOHL, A. *Soziale Arbeit aus christlicher Hand – ein Problemaufriss*. Berlin: Berliner Institut für christliche Ethik und Politik, 2005, s. 8.

2 Vymezení pojmů a použitá metoda

V předložené disertační práci jsou opakovaně používány pojmy „spiritualita“, „religiozita“, „alternativní spiritualita“, „duchovní péče“, „klinická pastorační péče“, které je proto vhodné úvodem vymežit a definovat, co je těmito termíny pro účely této disertační práce míněno. Zároveň je v rámci druhé kapitoly přiblížena jedna z metod pastorální teologie, která tvoří strukturu celé práce.

2.1 Spiritualita a religiozita

Prvním z těchto termínů je pojem spiritualita a s ním úzce související pojem religiozita. V případě obou těchto pojmů je třeba konstatovat, že existuje velké množství jejich definic, přičemž zejména spiritualita je poměrně široce a ne příliš přesně definovaný pojem. Oba termíny však nelze volně zaměňovat, i když jsou spolu provázané. Jak uvádí V. Suchomelová, „současní autoři shodně považují spiritualitu i religiozitu za multidimenzionální koncepty, liší se ovšem v názoru na to, zda širším konceptem je religiozita či spiritualita. (...) Zatímco R. C. Atchley či A. Marcoen považují spiritualitu za nadřazený, širší pojem, jiní autoři jako např. K. I. Pargament a B. Zinnbauer chápou jako širší pojem religiozitu, jejíž složkou je spiritualita tvořící jádro náboženství i základ funkčního religiózního života.“³⁰

Podobně definuje spiritualitu psycholog P. Říčan, který ji charakterizuje jako „niterný aspekt religiozity, který vystupuje do popředí, vztahuje-li se člověk k božským bytostem, zejména v modlitbě, meditaci apod. (...)“.³¹ Také I. Štampach chápe spiritualitu jako „definitivní významové jádro náboženství“ a v duchu této metafory „ceremonie, struktury, autority, texty, mýty a doktríny jako skořápku kolem tohoto jádra“.³² Na druhé straně autoři Z. Vojtíšek, P. Dušek a J. Motl považují religiozitu za „podmnožinu spirituality, za jeden (nejvýraznější, relativně snadno zachytitelný a obvykle zkoumaný) druh spirituality“.³³ Spiritualitu chápou jako širší pojem

³⁰ SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita: Duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016, s. 65.

³¹ ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství*. Praha: Portál, 2002, s. 44.

³² ŠTAMPACH, I. Nahrádila spiritualita náboženství?. In: BABYRÁDOVÁ, H., HAVLÍČEK, J. (ed.). *Spiritualita: fenomén spirituality z pohledu filozofie, religionistiky, teologie, literatury, teorie a dějin umění, pedagogiky, sociologie, antropologie, psychologie a výtvarných umělců*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, s. 101.

³³ VOJTÍŠEK, Z., DUŠEK, P., MOTL, J. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012, s. 25.

odkazující k osobnímu vnímání Posvátna. Tito autoři rovněž poukazují na současné tendence rozlišovat mezi spiritualitou a religiozitou ve smyslu individuální a institucionální,³⁴ kdy „být spirituální se může stát žádoucí součástí sebepojetí, a to bez příslušnosti k jakékoli instituci, bez zátěže jejích nároků, a dokonce pouze s minimálními znalostmi z oblasti náboženství“,³⁵ což koresponduje s tím, co významná britská socioložka náboženství Grace Davie označila jako *believing without belonging*.³⁶

Ve výše uvedeném smyslu chápe např. M. Stříženec religiozitu jako „organizovaný systém přesvědčení, praxe, rituálů, který umožňuje člověku navázat blízký vztah k božstvu nebo Bohu“,³⁷ zatímco spiritualita je spíše „osobní hledání odpovědi na poslední otázky života a jeho smyslu související s posvátnem nebo transcendentní oblastí, které může, ale nemusí být zakotvené v kontextu náboženské instituce a společenství“. ³⁸ Také podle O. Nešporové je „spiritualita“ či „duchovní“ zaměření (...) nejčastěji definována v opozici vůči organizovaným a autoritativním formám ‚náboženství‘, jako protiklad k církevní zbožnosti. (...) Zatímco religiozitu v užším, participantském vymezení, můžeme ztotožnit s členstvím nebo alespoň částečným přináležením k církevním strukturám, spiritualita je vůči nim a jejich ‚produktům‘ (věrouce, rituálům, etickému kodexu, sociálnímu působení atd.) antagonistická, což však neznamená nezájem o ‚skutečné‘ náboženství nebo jeho substituenty v podobě odhalování skrytých transosobních dimenzí vlastní mysli a života či biosféry, nezájem o odlišné typy či místa existence.“³⁹ Rovněž v sociologickém slovníku znamená religiozita „(...) souhrnný výraz pro náboženské cítění, postoje, chování. Za klíčový se považuje vztah k Bohu a nadpřirozenu vůbec, náboženská víra a její projevy. K náboženskému chování patří zejména vykonávání náboženských obřadů, návštěva bohoslužeb, svěcení církevních svátků, dodržování rituálů a zákazů, četba náboženské literatury (...), náboženská výchova.“⁴⁰

³⁴ Srov. tamtéž, s. 45.

³⁵ Tamtéž, s. 11.

³⁶ Cit. z knihy VÁCLAVÍK, D. *Náboženství a moderní česká společnost*. Praha: Grada, 2010, s. 146; s. 158.

³⁷ STŘÍŽENEC, M. *Spiritualita z pohledu psychologie náboženstva*. Dostupné na WWW: <http://www.uski.sk/frm_2009/ran/2013/ran-2013-2-8.htm>.

³⁸ Tamtéž.

³⁹ NEŠPOROVÁ, O. Českolipská necírkevní spirituální scéna. In: LUŽNÝ, D., NEŠPOR, Z. R. a kol. *Náboženství v menšině: Religiozita a spiritualita v současné české společnosti*. Praha: Malvern, 2008, s. 144.

⁴⁰ LINHART, J., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., MAŘÍKOVÁ, H. *Velký sociologický slovník*. II. sv. P–Z. Praha: Karolinum, 1996, s. 921–922.

Z výše uvedeného stručného přehledu je tedy patrné, že spiritualitu a religiozitu lze rozlišovat ve dvou základních aspektech, a sice v odlišné šíři obou konceptů a v polaritě osobní – institucionální, přičemž s religiozitou jsou spojovány spíše vnější projevy náboženskosti, tzn. náboženské rituály, chování, vazba na církevní instituci, zatímco spiritualita je spojována s prožíváním a existencí především mimo rámec organizovaného náboženství.

V rámci této disertační práce je spiritualita pojímána jako širší koncept než religiozita; vycházíme z předpokladu, že každý člověk – nejen věřící – je do určité míry spirituální, neboť „dnešní člověk si uvědomuje, někdy nenadále a trýznivě, že je vtažen do něčeho vyššího a odlišného, zakouší tajemství, které ho převyšuje a plní úžasem (...). Zkušenost o transcendentnu může být vyvolána čímkoli, ale některé její rámce jsou obvyklejší: příroda, sexuální láska, narození dětí, náboženské liturgické obřady, velká umělecká díla, vědecké poznatky, básně, tvůrčí úsilí, krása.“⁴¹ Spiritualita v tomto smyslu znamená interakci člověka s tajemstvím, které může, ale nemusí být nutně nazýváno Bůh, jako je tomu v křesťanství, ale může mít osobní povahu, jak je uvedeno v definicích výše. Vedle náboženské zkušenosti však zahrnuje pojem spiritualita v našem pojetí i obecně lidské skutečnosti a lze jej proto dobře použít právě v kontextu závažného onemocnění, protože jde především o pochopení situace takto nemocných pacientů a hledání odpovědí na jejich existenciální otázky. Proto je v této disertační práci nadále používán pouze termín spiritualita, který zahrnuje nejen oblast křesťanství, i když je třeba upozornit, že právě v křesťanském kontextu je spiritualita úzce spjata s religiozitou, ale je používán i neteologickými obory jako sociologie, psychologie, medicína, paliativní péče a další, a v jehož rámci je následně rozlišována tzv. „tradiční“, tedy křesťanská spiritualita, a tzv. „alternativní“ spiritualita, které budou definovány níže.

2.1.1 „Tradiční“ spiritualita

Pojem spiritualita pochází z latinského slova *spiritualis* – duchovní, odvozeného od *spiritus* – dech, duch, a v křesťanství, v němž má své kořeny, odkazuje k působení třetí božské osoby, Ducha svatého, na jednotlivého člověka a k odezvě tohoto působení v jeho životě. Spiritualita v tomto smyslu znamená vnitřní, duchovní život člověka iniciovaný působením Ducha svatého a prodchnutý Bohem. V tomto „prodchnutí“ se

⁴¹ DE FIORES, S., GOFFI, T. *Slovník spirituality*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999, s. 915.

může odrážet i vliv určité části křesťanské tradice,⁴² pak hovoříme o spiritualitách v plurálu – např. o jáhenské, kněžské, biskupské spiritualitě, či o různých pojetích spirituality podle škol a směrů často spojených s řeholními společenstvími – konkrétním modelem duchovního života je např. spiritualita ignaciánská, karmelitánská, františkánská apod.

Tak jako pojem spiritualita pochází z latinského *spiritualis*, vychází slovo duchovní z hebrejského *rúach* (řecky *pneuma*). Toto slovo původně označovalo pohyb vzduchu, dech nebo také vítr (srov. Iz 40,7). Poté však byla pozornost soustředěna na dech jako to, co odlišuje živou (dýchající) bytost od mrtvé (Gn 6,17; 7,15.22; Ž 31,6). Na základě toho nabylo slovo duch významu, který bychom mohli vyjádřit pojmem „princip života“. Pro starozákonní myšlení je rozhodující, že dárcem a udržovatelem života je Hospodin. Slovo duch tak získalo význam Duch Boží a označovalo Boží věčnost a stvořitelskou svrchovanost na rozdíl od pomíjitelnosti a podřazenosti všeho stvořeného bytí.⁴³ Nový zákon navazuje na toto užití slova, duch zde znamená Duch Boží, Duch svatý, je označením toho, čím se Bůh ve svém díle odlišuje od pozemskosti, dále je označením Boha v jeho milostivém příklonu k člověku, ale označuje rovněž vědomou stránku lidského bytí (např. Ř 1,9; 1 K 2,11). Novozákonní použití slova tedy není stejnorodé, souhrnně však lze říci, že označuje ty skutečnosti, v nichž se Bůh velmi těsně setkává s člověkem a člověk s Bohem: Bůh, který se sklání k člověku, budí v něm nový život z víry a dává mu své dary; člověk, který tyto dary přijímá, je jimi přetvářen, žije z víry a je viděný ve světle milosti Boží.⁴⁴

Důležitým pojmem v křesťanské spiritualitě je proto pojem „osoba“. Jak uvádí P. Ambros, „křesťanský přístup ke spiritualitě je založen na víře a přesvědčení, že jedinečnost, neopakovatelnost a originalita člověka, to, co v něm nazýváme osobou, se v plném slova smyslu rodí až ve vztahu s Bohem, který nám zjevil nejen své božství (svoji moc, nekonečnost, věčnost, svatost atd.), ale i svůj osobní, vnitřní, intimní život.“⁴⁵ T. Špidlík a I. Gargano zdůrazňují, že „(...) každý život pochází od Boha, ‚Duch‘ byl vdechnut do tváře člověka při prvním stvoření. Člověk se nemůže rozvíjet ve své ‚duchovnosti‘ jinak, než ve vztahu k Bohu.“⁴⁶ Duchovní proto nelze redukovat

⁴² Srov. VOJTÍŠEK, Z., DUŠEK, P., MOTL, J. *Spiritualita v pomáhajících profesích*, s. 10.

⁴³ Srov. NOVOTNÝ, A. *Biblický slovník. A – P*. Praha: Kalich, 1992, s. 131.

⁴⁴ Srov. tamtéž, s. 132.

⁴⁵ AMBROS, P. Duchovní – neduchovní. In: AMBROS, P., DOŠKOVÁ, L., MUNZAROVÁ, M., SMÉKAL, V., ŠKRLOVÁ, M., ZACHOVAL, J. *Studijní texty z pastorální teologie III.: Služba nemocným*. Olomouc: CMTF UP, 2002, s. 9.

⁴⁶ ŠPIDLÍK, T., GARGANO, I. *La spiritualità dei Padri greci e orientali*. Roma: Borla, 1983, s. 8.

pouze na oblast psýché, oblast citů, na nehmotný svět; „je spjato s Osobou resp. s božskými Osobami a jen tak může být duchovní život neoddělitelně spjat s lidskými osobami: Oddělit duchovní od skutečnosti teologicky a antropologicky významné pro Osobu, znamená otevřít bránu ke gnosticizmu, fideizmu, magii a k tolika dalším ‚ismům‘ stejného druhu.“⁴⁷

„Tradiční“, křesťanská spiritualita tedy znamená zaměření člověka ke svému nadpřirozenému cíli, „otevřenost našeho Já k osobnímu Bohu, k transcendentálnímu, to je otevřenost, která směřuje osobu současně k bližnímu a k celému stvoření.“⁴⁸ Znamená život v duchovním smyslu, tzn. život v Božím Duchu, ve všech jeho dimenzích: rozumové, smyslové, citové.⁴⁹

Autoři Z. Vojtíšek, P. Dušek a J. Motl poukazují na skutečnost, že v druhé polovině 20. století se pojem spiritualita postupně odpoutal od svých křesťanských kořenů a začal být používán pro označení individuálního, nezávazného, na instituci nezávislého náboženského zájmu s důrazem na vnitřní zážitek, svobodný rozvoj, tvořivost, a časem se rozšířil i do mimokřesťanské oblasti – v osmdesátých letech 20. století např. do psychologie. Příčinou byl na jedné straně zvýšený zájem o mimocírkevní a alternativní podoby náboženství, zejména hnutí New Age, na druhé straně krize náboženských institucí a s nimi spojeného typu zbožnosti – religiozity.⁵⁰ V části západní společnosti se tak pojem spiritualita stal alternativou k pojmu religiozita, která byla chápána spíše negativně jako strnulost, dogma, zastaralost, které jsou spojené s – především křesťanskou – duchovní tradicí a jejími institucemi.⁵¹ Jak v této souvislosti uvádí M. I. Rupnik: „v kontextu dnešní, postmoderní doby nabývá slovo ‚duchovní‘, ‚spirituální‘ nejrůznějších významů, je mnohoznačné, za nabídkami ‚spiritualit‘ se skrývá nekonečně mnoho různých pojetí života, člověka, Boha, pojetí (...) protikladných mezi sebou. Mnohé nemají nic společného s křesťanskou spiritualitou; jedná se (...) o postmoderní formy nábožnosti, nedefinovatelné, nepostižitelné, zbavené bezprostředního vztahu k Bohu jako Osobě, často v tzv. formách paranáboženských a synkretických.“⁵²

⁴⁷ RUPNIK, M. I. *Uvedení do duchovního života*. Velehrad: Refugium, 2003, s. 31–32.

⁴⁸ Tamtéž, s. 26.

⁴⁹ Srov. tamtéž, s. 36.

⁵⁰ Srov. VOJTÍŠEK, Z., DUŠEK, P., MOTL, J. *Spiritualita v pomáhajících profesích*, s. 10.

⁵¹ Srov. tamtéž, s. 11.

⁵² RUPNIK, M. I. *Uvedení do duchovního života*, s. 7–8.

Termín spiritualita tedy dnes již není spojován výhradně s křesťanstvím, ani není „monopolem křesťanů nebo dokonce jedné jejich kategorie“,⁵³ ale představuje spíše jakýsi opěrný systém mimo rámec institucionalizovaného křesťanství.

2.1.2 „Alternativní“ spiritualita

Tím se dostáváme k dalšímu pojmu, který je v rámci této disertační práce používán, a to k pojmu „alternativní“ spiritualita. Chceme-li definovat pojem „alternativní“ spiritualita, je třeba konstatovat, že podobně jako v případě termínů spiritualita a religiozita neexistuje ani v případě pojmu „alternativní“ spiritualita jeho jednoznačná definice. D. Hamplová upozorňuje, že ve vztahu k necírkevní či netradiční spiritualitě či religiozitě se sociologie náboženství potýká se značnou terminologickou a konceptuální nejasností a panuje jen malá shoda v tom, jak tento fenomén definovat, nazvat a co do něj zahrnovat. Používají se tak označení jako alternativní religiozita, magie, okultismus, mystická tradice⁵⁴, ale také např. alternativní mystické proudy, spiritualita, alternativní spiritualita, neinstitucionalizovaná spiritualita, holistická spiritualita, okultně-esoterická víra nebo detradicionalizovaná a individualizovaná religiozita.⁵⁵ Někteří autoři, např. Greeley „označují víru ve věštce, léčitele, astrologii, horoskopy nebo amulety jako *magii* či *magické náboženství* („magic“), pro které je typická snaha ovládat transcendentní síly tak, aby člověk dosáhl chtěných výsledků a ovlivnil okolnosti svého života. Tento autor rovněž upozorňuje, že magie, založená částečně na starších pohanských náboženstvích a částečně na deformovaném křesťanství, není nic nového, ale byla významnou součástí středověké kultury. Podobně i Ellwood a Partin upozorňují na to, že v západní tradici dlouhodobě koexistují dvě alternativní vize skutečnosti: křesťanství a moderní věda na straně jedné a *alternativní mystické proudy* náboženských tradic na straně druhé.“⁵⁶

Německý sociolog H. Knoblauch naproti tomu zastává pojem alternativní religiozita, jejímž hlavním rysem je odlišnost od historicky převládající formy náboženství a jejímž „nejnápadnějším rysem je důraz na neobyčejné subjektivní zážitky, ať již vycházejí z ‚esoterické‘ tradice, transpersonální psychologie a hnutí lidského potenciálu, (...)“

⁵³ DE FIORES, S., GOFFI, T. *Slovník spirituality*, s. 919–920.

⁵⁴ Srov. HAMPLOVÁ, D. Čemu Češi věří: Dimenze soudobé české religiozity. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 2008, roč. 44, č. 4, s. 703–723; zde s. 704–705.

⁵⁵ Srov. HAMPLOVÁ, D. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*, s. 31–32.

⁵⁶ HAMPLOVÁ, D. Čemu Češi věří: Dimenze soudobé české religiozity, s. 705.

nebo změněných stavů vědomí; či jsou vypůjčené z (pozápadněného) hinduismu a buddhismu (jako různé formy meditace, jógy), nebo jsou založené spíše na spiritismu, parapsychologii, magii, moderním věštění či čarodějnictví.⁵⁷ K. Němečková používá termín nenáboženská spiritualita, i když toto označení není všeobecně přijímáno. Základním aspektem nenáboženské spirituality je „prožitek, uvědomění si jednoty světa a propojení se s ostatními lidmi, živými bytostmi, s přírodou a celým vesmírem“.⁵⁸ Nenáboženská spiritualita čerpá z východních filosofických a náboženských systémů, z esoterních tradic gnosticizmu, hermetismu, magie apod., z šamanismu, transpersonální psychologie, hlubinné ekologie aj.⁵⁹ Podle Němečkové je „v souvislosti se současným převažujícím pojetím člověka v psychologii jako bio-psycho-socio-spirituální bytosti, kdy je spiritualita vnímána jako jedna ze stránek osobnosti, na místě spíš dělení na nenáboženskou a náboženskou spiritualitu.“⁶⁰ Podle D. Hamplové navazuje soudobá „alternativní“ spiritualita na výše uvedenou bohatou a pestrou mystickou tradici, „která jde od gnosticizmu a hermetismu přes středověké sektářství, čarodějnictví, kabalou a alchymii k novověkému (...) okultismu“.⁶¹

Jestliže výše uvedená tzv. „tradiční“ spiritualita odkazuje na organizované církevní náboženství – v českém kontextu křesťanství, s vazbou na církevní instituci a s jasně definovanou věroukou, náboženskými rituály, morálkou apod., pak pod pojmem „alternativní“ spiritualita se v této práci rozumí tzv. deinstitucionalizovaná spiritualita, zahrnující celou šíři fenoménů jako je např. četba horoskopů, víra ve schopnosti léčitelů, věštění či výklad karet, zájem o parapsychologii, různé meditační techniky, jóga, východní medicína, „alternativní“ medicína jako např. homeopatie apod. D. Hamplová uvádí rovněž možnost dalšího, ještě širšího chápání tohoto pojmu, který „v nejširším pojetí zahrnuje celou řadu sociálních jevů včetně některých proudů současného managementu, které nekladou důraz pouze na produktivitu, ale i na transformaci celého pracovního prostředí tak, aby získalo duchovní rozměr.“⁶² Toto pojetí však není předmětem naší práce.

V souvislosti s „alternativní“ spiritualitou je třeba zmínit rovněž tzv. nová náboženská hnutí, která jsou určitým způsobem institucionalizovaná, organizovaná,

⁵⁷ KNOBLAUCH, H. Europe and Invisible Religion. *Social Compass*, 2003, roč. 50, č. 3, s. 267–274; zde s. 270–271.

⁵⁸ NĚMEČKOVÁ, K. Kapitoly k nenáboženské spiritualitě. Praha: Carpe Momentum, 2016, s. 51.

⁵⁹ Srov. tamtéž, s. 52.

⁶⁰ Tamtéž, s. 53.

⁶¹ HAMPLOVÁ, D. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*, s. 33.

⁶² Tamtéž, s. 14.

a pohybují se tak na pomezí „alternativní“ a institucionalizované spirituality, přičemž se obě formy mnohdy prolínají. Patří k nim např. náboženské organizace jako Církev sjednocení, Scientologická církev, Svědci Jehovovi, Teosofická společnost, Wicca, zen-buddhismus, Hnutí svatého grálu aj.; příkladem prolínání obou fenoménů může být hnutí New Age. Tato „nová“ hnutí jsou označována za nová kvůli novosti obsahů náboženské víry, odlišujících se od tradičních náboženství v daných (většinou západních) společnostech, dále kvůli svému časovému vzniku – za „nová“ jsou považována hnutí vzniklá v druhé polovině 20. století, a konečně vzhledem ke kontextu, ve kterém vznikla. Tato hnutí se formovala v „novém“ kontextu moderního a postmoderního světa jako součást politických protestů 60. let a s nimi spojené kontrakultury, s důrazem na experimentování, a to i v oblasti náboženství.⁶³

Shrneme-li výše uvedené, pracujeme v předložené práci s pojmem „alternativní“ spiritualita chápaným jako široké spektrum fenoménů sahajících od subjektivizované, individualizované, osobní zbožnosti mimo rámec organizovaného náboženství a jeho tradici, přes zaměření na vlastní mysl či nitro, až po „víru“ v dietetické předpisy, horoskopy, léčitelství či různé sportovní aktivity apod., jak je uvedeno výše.

2.2 Duchovní péče / klinická pastorační péče

V průběhu celé disertační práce se vyskytují další dva termíny, a to *duchovní péče* či *klinická pastorační péče*, které označují činnost křesťanských církví v oblasti péče o nemocné, jejich blízké či zdravotnický personál ve zdravotnických zařízeních. Vedle těchto dvou termínů se lze ještě setkat s výrazem *duchovní služba*. Jak uvádí D. Němec, vyskytuje se tento termín především v evangelickém prostředí, u nás se ustálil na půdě Ekumenické rady církví (dále jen „ERC“) a je použit ve smlouvách mezi Českou biskupskou konferencí (dále jen „ČBK“), ERC a resorty armády, vězeňství a vnitra⁶⁴ jako *Smlouva o podmínkách vzniku a působení duchovní služby v resortu ministerstva obrany; Dohoda o duchovní službě* (vyhlášená nařízením č. 41 ve Sbírce nařízení generálního ředitele Vězeňské služby České republiky) a *Dohoda o účasti osob vykonávajících duchovenskou službu na systému poskytování posttraumatické péče příslušníkům Policie ČR, Hasičského záchranného sboru ČR (...)*. Termín *duchovní*

⁶³ Srov. tamtéž, s. 33–34.

⁶⁴ Srov. NĚMEC, D. Právní zakotvení pastorační péče v necírkevních zdravotnických zařízeních v České republice. In: *Revue církevního práva*, roč. 20, č. 60–1/2015, s. 53–77; zde s. 55.

služba je používán i v souvislosti s připravovanou smlouvou o duchovní službě u Policie ČR, která však v době psaní této práce teprve nabývala konkrétnější podoby.

Variantou termínu *duchovní služba*, který podle Němce „odpovídá specificky křesťanskému diakonickému akcentu“,⁶⁵ je výraz *duchovní péče* použitý v *Dohodě* mezi ČBK a ERC o *duchovní péči ve zdravotnictví* z roku 2006 a následně v jejím *Dodatku č. 1* z roku 2011 a *Dodatku č. 2* z roku 2019. Tento výraz se následně vyskytuje ve všech dokumentech Ministerstva zdravotnictví ČR (dále jen „MZ ČR“), které z této *Dohody* resp. jejích *Dodatků* vycházejí. Jedná se o *Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb* (dále jen „LZZ“) z roku 2017 a nejnovější *Dohodu o duchovní péči ve zdravotnictví* mezi ČKB, ERC a MZ ČR z července 2019.

Je však třeba konstatovat, že tento termín je ve výše zmíněných dokumentech používán poněkud nekonzistentně. Zatímco v *Dohodě* z roku 2006 jsou vedle pojmu *duchovní péče* současně používány i výrazy *pastorační péče* či *spirituální péče*, ve výše uvedeném *Metodickém pokynu* jsou kromě termínu *duchovní péče* užity výrazy *duchovní činnost*, *pastorační pomoc* či *pastorační péče*, aniž by bylo zřejmé, zda jsou tyto termíny považovány za totožné, nebo aniž by byly blíže specifikovány. V nejnovějším dokumentu z roku 2019 je *duchovní péče* definována jako „nezdravotní služba všem pacientům, zdravotnickým pracovníkům a návštěvníkům LZZ při řešení jejich osobních, existenciálních, spirituálních, etických a morálních otázek a potřeb.“⁶⁶ Náboženské potřeby zde překvapivě zmíněny nejsou.

Poslední z výrazů, *klinická pastorační péče* (dále jen „KPP“), je patrně nejrozšířenějším ekvivalentem v mezinárodním měřítku. Můžeme se setkat s názvy jako *clinical pastoral care*, *Krankenhausseelsorge* / *klinische Seelsorge*, *la pastorale de la santé* / *la pastorale hospitalière*

či *klinická pastorálna starostlivosť*. KPP lze definovat jako „péči o existenciální, duchovní a náboženské potřeby (otázky, potíže, problémy) nemocných i těch, kdo se o ně starají (zdravotníci, příbuzní a přátelé). Plně respektuje autonomii nemocného a jeho osobní hodnoty vycházející z jeho přesvědčení a z jím preferované kultury. V konceptu přístupu k celkovému utrpení (total pain) přispívá především snižováním

⁶⁵ Tamtéž.

⁶⁶ *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví* je k dispozici ke stažení na stránkách MZ ČR. Dostupné na WWW: <https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvi-a-zastupci-cirkvi-podepsali-historicky-prvni-dohodu-o-duch_17578_1.html>.

existenciální úzkosti ke zlepšení či udržení kvality života pacienta a jeho blízkých.“⁶⁷ Tato definice podle našeho názoru nejlépe postihuje různé aspekty péče křesťanských církví o nemocné, neboť termín klinická pastorační péče zároveň „vystihuje jak začlenění tohoto konání do prostředí klinické zdravotní služby, tak jeho pastorační obsah (spojený s nezbytným církevním zakotvením) i charakter péče (základní termín používaný ve zdravotnickém prostředí).“⁶⁸ Proto se termín *klinická pastorační péče* jeví jako nejvhodnější označení služby církví ve zdravotnických zařízeních i s ohledem na skutečnost, že tato služba „bývá dosud nejednotně označována různými termíny, odlišnými též s ohledem na náboženskou tradici jednotlivých křesťanských konfesí“⁶⁹ a tato terminologická nejednotnost je patrná i uvnitř samotných, výše uvedených dokumentů pojednávajících o duchovní péči. Termín *klinická pastorační péče* tedy bude v této práci nadále přednostně používán. Tam, kde bude odkazováno na výše uvedené dohody mezi ČBK, ERC a MZ ČR, bude užíván i výraz *duchovní péče*.

2.3 Metoda pastorální teologie: *Kriteriologie* – *Kairologie* – *Praxeologie*

Předkládaná disertační práce se zabývá oblastí péče o nemocné v podobě klinické pastorační péče v kontextu mezní životní situace pacientů se závažným onemocněním, v konfrontaci s tzv. „alternativní“ spiritualitou, jak bylo zmíněno v jejím úvodu. Toto téma je reflektováno z hlediska praktické teologie v rámci jedné z jejích metod, a to konkrétně metody rakouského teologa P. M. Zulehnera *Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie*, která dala rovněž strukturu celé této práci.

V základu Zulehnerovy metody spočívá otázka, jak musí vypadat resp. jak by měla být rozvíjena praxe křesťanské církve / křesťanských církví, abychom v době „příhodné“, v době Božího „průlomu“ do dějin člověka (*kairos*) Pánovi (*Kyrios*) (lépe) sloužili? (*damit wir im Kairos dem Kyrios /besser/ dienen*).⁷⁰ Tato otázka je otázkou položenou praktické teologii a zároveň otázkou tematizovanou Zulehnerovou metodou.

Slovo metoda pochází z řeckého *methodos* a znamená správný řád, správnou cestu, cestu za něčím. Metoda praktické teologie „se dotýká měnící se praxe. Jejím

⁶⁷ OPATRŇA, M. *Etické problémy v onkologii*, 2., přeprac. a doplň. vyd. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 95.

⁶⁸ NĚMEC, D. Právní zakotvení pastorační péče v necírkevních zdravotnických zařízeních v České republice, s. 56.

⁶⁹ Tamtéž, s. 55.

⁷⁰ ZULEHNER, P. M. *Pastoraltheologie*, s. 14.

prostřednictvím se sleduje změna dané situace v pastorační v očekávanou a žádoucí situaci. (...) Obsahuje způsoby, jimiž se získávají účelným a soustavným postupem poznatky o měnící se pastorační situaci v situaci očekávanou a žádoucí, a dále obsahuje návod k jednání, který lze vědomě využívat nebo podvědomě, rutinně získat. (...) Vede k cílevědomému jednání, vědecky podloženému.“⁷¹ V duchu této definice se autor výše uvedené metody táže, co je měřítkem pro jednání církve v dnešní době, jaké jsou cíle naší praxe, naší pastorační a jakou vizi církve a její praxe máme?⁷² Tato otázka je zároveň otázkou po kritériích resp. cílech praxe církve, kontextu / situaci, v němž se tato praxe uskutečňuje a podobě této praxe. Toto vše pak můžeme shrnout pod pojmy *Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie*, které jsou popsány níže.⁷³

V prvním kroku Zulehnerovy metody *Kriteriologie* jsou stanoveny cíle resp. kritéria pro praxi církve. Tyto cíle vycházejí především ze Zjevení, tzn. z Písma, ale i z další teologické reflexe, přičemž hlavním měřítkem pro praxi církve je Ježíšova praxe. Za základní kritérium je považována evangelizace, která je však podle Zulehnera příliš širokým pojmem a je proto třeba odvodit další dílčí kritéria, která pojem evangelizace specifikují, jako např. naděje, osvobození, život, spása a uzdravení, aj.

Ve druhém kroku *Kairologie* je zkoumán současný kontext, v němž se tato praxe uskutečňuje. Kontext je z teologického hlediska chápán jako čas, v němž Bůh zde a nyní jedná a v němž se Boží jednání stává zřetelným díky jednání křesťanů a jejich církve(i). Tento čas označuje Bible jako *kairos* (L 12,54–57). Jestliže měřítkem pro jednání křesťanů resp. církve, je Ježíšova praxe, je ve druhém kroku třeba analyzovat různé oblasti činnosti církve a ptát se, kdo jsou v dnešní době oni slepí, chromí, uvěznění, lidé na okraji, k nimž se Ježíš obrací a k nimž má tedy směřovat i pozornost křesťanů. Otázka, kdo jsou „dnes lidé na okraji“, je podle Zulehnera rozhodující kairologickou otázkou. Nestačí však pouze analyzovat situaci, je třeba zkoumat, zda této situaci odpovídá i stávající praxe. Současná praxe – znamení času (*kairos*) je zkoumána na základě kritérií stanovených v prvním kroku.

V rámci druhého kroku počítá Zulehnerova metoda ještě s dalším mezikrokem či dílčím krokem, který Zulehner nazývá *teologický výklad (theologische Deutung)*. V tomto dílčím kroku je výše uvedeným znaméním času dán teologický výklad. Jinými slovy je zjišťováno, k naplnění kterého z cílů resp. kritérií je nyní a zde příhodný čas.

⁷¹ AMBROS, P. *Fundamentální pastorační teologie*, s. 73.

⁷² Srov. ZULEHNER, P. M. *Pastoraltheologie*, s. 18.

⁷³ Srov. tamtéž, s. 22–39; s. 54–97.

Ve třetím kroku *Praxeologie* poté následuje návrh nové praxe, návrh toho, jakým způsobem se má stávající praxe dále rozvíjet, optimalizovat případně reformovat.

Zulehnerova metoda je podobná jiné metodě praktické teologie, spojené se jménem belgického kněze J. Cardijna, a sice známému „trojkroku“ *Vidět – Posoudit – Jednat*, odlišuje se však ve dvou aspektech. Prvním z nich je krok *Kriteriologie*, tedy stanovení kritérií resp. cílů pro praxi církve, které nemá v „trojkroku“ *Vidět – Posoudit – Jednat* žádnou obdobu.⁷⁴ Druhým je dílčí krok v rámci kroku *Kairologie* nazvaný *teologický výklad*. Obě tyto části spolu úzce souvisejí a společně překonávají jisté úskalí Zulehnerovy metody.

Na rozdíl od metody *Vidět – Posoudit – Jednat*, která v novějších pojetích nestanovuje žádná základní kritéria pro první krok a „vidět“ či „nevidět“ lze tedy cokoli dle vlastního posouzení, stanovuje Zulehnerova metoda hned v úvodu kritéria pro praxi církve. Avšak i tato kritéria mohou být značně abstraktní a zkoumání toho, pro které kritérium je právě příhodný čas, může být vedeno tím, které kritérium je považováno za důležitější bez ohledu na to, zda je pro jeho naplnění skutečně příhodný čas, jak upozorňuje M. Opatrný.⁷⁵ Tento nedostatek však může být překonán zmíněným mezikrokem. V něm je teologicky vyložen vztah kritérií a stávající praxe, jak bylo uvedeno výše, je tedy zkoumáno, k naplnění kterého z cílů je nyní a zde příhodný čas. Teologický výklad vztahu těchto kritérií a stávající praxe mimo jiné rovněž znamená, že nejsou do praxe aplikovány teologické teze bez přihlídnutí ke konkrétní situaci konkrétních lidí.

Zulehnerova metoda *Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie* se proto s ohledem na výše uvedené kroky – počáteční stanovení kritérií a jejich následné vztažení ke stávající praxi – jevila v souvislosti se zvoleným tématem práce jako vhodná nejen pro strukturování této disertační práce, ale i pro reflektování jejího tématu v rámci této metody.

⁷⁴ V původním pojetí Cardijnovy metody existovalo kritérium, které celé metodě předcházelo, a sice následování Boha v jeho hledání člověka a vyjití člověku vstříc tak, jak mu vychází vstříc Bůh v Ježíši Kristu. Srov. KLEIN, S. *Erkenntnis und Methode in der Praktischen Theologie*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005, s. 60–77.

⁷⁵ Srov. OPATRNÝ, M. *Přehled metod pastorační práce*. Skriptum pro vnitřní potřebu studentů k předmětu „Speciální okruhy pastorače“. Jihočeská univerzita v Č. Budějovicích: Teologická fakulta, 2009, s. 12.

KRITERIOLOGIE

3 Stanovení základních a dílčích kritérií pro praxi církve

V rámci prvního kroku Zulehnerovy metody jsou, jak již bylo uvedeno výše, stanoveny cíle, resp. kritéria pro praxi církve, přičemž hlavním měřítkem pro jednání křesťanů a tedy církve je Ježíšova praxe, tak jak je patrná z biblických vyprávění. Nejdůležitější kriteriologickou otázkou podle Zulehnera proto je, zda naše praxe odpovídá Ježíšově praxi a tedy praxi Boží, zejména v příklonu k chudým, nemocným, trpícím a vyloučeným.⁷⁶

3.1 Ježíšova praxe jako měřítko pro praxi církve

Písmo svaté je plné příběhů o individuální či kolektivní nouzi a Boží pomoci, o zápasu člověka se zlem, které zakouší a které ho odkazuje k Bohu, je „jako velká kniha o utrpení“.⁷⁷ To, co však podle J. Hellera „prochází celou Biblií jako červená nit, a nejzřetelněji a nejhloběji spojuje Starý a Nový zákon, je poselství o Bohu, který se sklání, ba sestupuje k člověku (...). Bůh jedná, zasahuje, vysvobozuje, zachraňuje. A dosvědčování Božích zásahů či zásahu, Božího vysvoboditelského jednání, je podstatou a jádrem celé biblické struktury.“⁷⁸

Bůh se v dějinách vyvoleného národa projevuje jako Bůh věrný, Bůh, který zachovává smlouvu, který pečuje o svůj lid i jednotlivce; je Immanuel – Bůh, který je se svým lidem. Jméno, které zjevuje Mojžíšovi v hořícím keři, je toho dokladem. „Jsem, který jsem“ (Ex 3,14) lze podle Hellera interpretovat „Jsem ten, který je působivě přítomen, a to ze své vlastní vůle a vlastního rozhodnutí, ne teprve na základě vzývání a kultu (...). Obsah jména JHVH se tak kryje s obsahem jména Immanuel, ‚S námi Bůh‘, které je podobně jako JHVH svědectvím o tom, že Bůh je tu s námi, že je nám blízko, protože sestoupil a přišel“.⁷⁹

Bůh zachovává, projevuje a zviditelňuje tuto věrnost v osobě Ježíše Krista, v němž se naplnily starozákonní přísliby záchrany a změny údělu chudých a trpících (srov.

⁷⁶ Srov. ZULEHNER, P. M. *Pastoraltheologie*, s. 22.

⁷⁷ SD 6.

⁷⁸ HELLER, J. *Bůh sestupující: Pokus o christologii Starého zákona*. Praha: Kalich, 1994, s. 7; s. 13.

⁷⁹ Tamtéž, s. 69–70.

Iz 61,1–2).⁸⁰ Jádrem Ježíšova veřejného působení je zvěst o Božím království a znamením jeho blízkosti jsou Ježíšovy skutky, především uzdravování a exorcismy.

Právě v uzdravující a osvobozující praxi Ježíše Nazaretského spatřuje pastorální teolog a psycholog I. Baumgartner základ pro křesťanské pomáhající a uzdravující jednání.⁸¹ Podle Baumgartnera je zřejmá souvislost mezi Ježíšovou uzdravující a osvobozující praxí a poselstvím o Božím království: uzdravení a osvobození jsou uskutečněním a realizací přicházejícího království Božího, které je bezvýhradným darem. Ve svém „nástupním kázání“ (L 4,16–21) poukazuje Ježíš na to, že zvěst o Božím království nesmí spočívat pouze ve slovech o spáse a uzdravení, ale že spásu a uzdravení musí uskutečňovat. V blahoslavenstvích (L 6,20–23; Mt 5,1–12) jsou blahoslaveni ti, kdo jsou ve vlastním slova smyslu chudí, hladovějící, utiskovaní. Autentické místo království Božího je tedy tam, kde se uskutečňuje osvobození a spravedlnost tváří v tvář lidské bídě a nouzi. V odpovědi na Janovu otázku, zda „je ten, který má přijít“, neodpovídá Ježíš poukazem na svou identitu, nýbrž na svou praxi: „Slepí vidí, chromí chodí, (...)“ (Mt 11,2–6). Ježíšovi zde nejde o potvrzení vlastní identity, svého božství, ale svou uzdravující a osvobozující praxí odkazuje k tomu, že se přiblížilo království Boží. Proto také zve ke společenství stolu ty, kteří stáli na okraji společnosti a byli z ní vyloučeni: hříšníky, celníky, nemocné, prostitutky. Ježíšovým specifikem tak není pouze společenství, nýbrž společenství s marginalizovanými.⁸²

Nejintenzivněji se toto spojení slova a skutku praktické pomoci projevuje v Ježíšových zázračných uzdraveních. V nich je patrné, že se zvěst o Božím království neoznamuje jako informace, ale realizuje se v uzdravení a osvobození z konkrétní nouze. Novozákonní vyprávění o uzdraveních odkrývají charakteristiku Ježíšovy praxe. Ježíšovo uzdravující jednání začíná tím, že v centru jeho pozornosti stojí nouze druhého. Jeho uzdravování je vztahové, komunikativní jednání. Ježíš vždy stojí na straně chudých, deklasovaných, a v jeho příklonu k těm, jimiž druzí opovrhují, se projevuje Boží záměr s každým člověkem, stejně jako důstojnost každého člověka. To, co je podle Baumgartnera na příbězích o uzdravení zázračné, je skutečnost, že trpící se stávají „záležitostmi“ Boží. Příběhy o zázračných uzdraveních chtějí vyzvat k tomu, abychom se na tomto uzdravení a osvobození také podíleli. Tím jsou podle

⁸⁰ Srov. PAPEŽSKÁ BIBLICKÁ KOMISE. *Bible a morálka: Biblické kořeny křesťanského jednání*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010, s. 55.

⁸¹ Srov. BAUMGARTNER, I. Heilung und Befreiung. In: HASLINGER, H. (ed.) *Handbuch Praktische Theologie. Band 2 Durchführungen*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 2000, s. 402.

⁸² Srov. tamtéž, s. 402–403.

Baumgartnera stanovena kritéria pro diakonickou praxi. Uzdravení a osvobození v duchu Ježíšově mimo jiné znamená: 1.) umožnit a obnovit lidsky důstojný život člověka; 2.) uzdravení v oblasti nejen tělesné, ale i duševní a sociální; 3.) péči nejen o psychosomatickou stránku, ale rovněž smíření s fragmentárností, tj. nehotovostí, nedokonalostí lidského bytí; 4.) konkrétní intervenci a předřazení ortopraxe před ortodoxii; 5.) kritický protest proti nespravedlivým poměrům, které lidi politicky, kulturně či nábožensky deklasují a ponižují; 6.) praxi milosrdenství a spravedlnosti tam, kde je potřebná bezprostřední pomoc a zasazování se za lidsky důstojné poměry; 7.) opci pro chudé jako první adresáty poselství o Božím království; 8.) požadavek solidarity ze strany bohatých.⁸³

Pojmy „uzdravení“ a „osvobození“, kterými Baumgartner opisuje slovo „pomoc“, neboť člověk má být uzdravován z představy, že se může stát dokonalým, celistvým jedincem, znamenají v duchu výše uvedené Ježíšovy uzdravující a osvobozující praxe především respektování individuality člověka a jeho fragmentárnosti – dovození být nedokonalým, nehotovým. Zároveň toto pomáhající a uzdravující jednání tvoří samo jádro křesťanské praxe lásky k bližnímu, o níž Ježíš hovoří v tzv. dvojpříkázání lásky (L 10,27).⁸⁴

Dvojí příkázání lásky zná již židovská tradice,⁸⁵ Ježíš však tento dvojí příkaz radikalizuje, univerzalizuje a demokratizuje; požaduje skutky lásky vůči lidem bez ohledu na náboženskou příslušnost, původ a sociální postavení. Radikalita a univerzalita zákona lásky nevyklučuje nikoho, Ježíš požaduje nejen lásku k lidem na okraji společnosti, ale také k cizincům (L 10,25–28), a dokonce i k nepřítelům (Mt 5,38–48). Bližní je každý člověk, proto je třeba se ho ujmout, poskytnout mu pomoc, zájem a pozornost (L 10,25–37). Skutky lásky, prokázané těm, kdo jsou v nouzi nebo na okraji společnosti, spojené s pravdivým vnitřním postojem, jsou branou ke společenství s Bohem, k Božímu království.⁸⁶

Láska k Bohu a láska k člověku jsou tak dvě propojené dimenze Ježíšova jednání. Ježíš slouží cele svému Otci tím, že zvěstuje jeho království a cele člověku tím, že mu toto království nechává zakoušet svou solidární praxí. Tím, že Ježíš uzdravuje a odpouští, sdílí radost a utrpení, konkretizuje onu lásku k člověku, která patří k jeho

⁸³ Srov. tamtéž, s. 403–405.

⁸⁴ Srov. tamtéž, s. 402.

⁸⁵ Srov. RYŠKOVÁ, M. *Doba Ježíše Nazaretského: Historicko-teologický úvod do Nového zákona*. Praha: Karolinum, 2008, s. 216.

⁸⁶ Srov. tamtéž, s. 212–217.

hlásání Boha. Podle O. Fuchse tak zvěstování spásných činů Božích a praxe mezilidské spravedlnosti a milosrdenství – *martyria* a *diakonia* – tvoří základní dimenze křesťanské a církevní seberealizace.⁸⁷ „Ke svědectví víry nutně patří svědectví solidarity, k *martyrium fidei* patří *martyrium caritatis*, a to jak v pohledu do minulosti, tak v odpovědnosti za přítomnost a budoucnost.“⁸⁸

Boží láska a příklon k člověku, tak jak se projevuje a zviditelňuje v Ježíši Kristu, má pokračovat i ve společenství jeho učedníků, v církvi. Ježíš vysílá své učedníky se slovy: „Jděte a kažte, že se přiblížilo království nebeské. Nemocné uzdravujte, mrtvé probouzejte k životu, malomocné očišťujte, démony vymítejte; zadarmo jste dostali, zadarmo dejte“ (Mt 10,7–9). V síle ducha Kristova má nyní církev pokračovat v této Boží lásce k člověku a péči o něj. „V tom je láska: ne že my jsme si zamilovali Boha, ale že on si zamiloval nás a poslal svého Syna jako oběť smíření za naše hříchy“ (1 J 4,10), píše autor Prvního listu Janova. Bůh miluje člověka bez jakýchkoli podmínek, zamiloval si ho jako první, proto může člověk odpovídat svou láskou – k Bohu i k druhým lidem. Teprve na tomto základě lze hovořit o skutečné křesťanské lásce k bližnímu, označované jako *caritas*, takže platí známá slova papeže Benedikta XVI., že charitativní činnost a křesťanská láska k bližnímu patří k podstatě a úloze církve stejně tak jako zvěstování Božího slova a slavení svátostí. Tvoří dohromady trojí úkol církve, vzájemně se podmiňují a nelze je od sebe oddělit. Podobně jako naslouchání Božímu slovu a slavení svátostí, je i láska k bližnímu místem setkání s Bohem.⁸⁹

Úkolem křesťanů je proto dosvědčovat svou víru v Boha následováním Krista v jeho příklonu k člověku v nouzi, v respektování jeho důstojnosti a individuality, a stávat se tak svědky Boží lásky, Boží blízkosti a soucítění v něm projevených. Jak uvádí R. Cantalamessa, příchodem Ježíše Krista dostal problém potřebných v dějinách nový rozměr, neboť se stal i problémem christologickým. Ježíš Nazaretský se ztotožnil s chudými, nemocnými, vězněnými, s lidmi na okraji společnosti. Být svědkem, následovníkem Kristovým tedy znamená stát přednostně na straně chudých

⁸⁷ Srov. FUCHS, O. *Martyria und Diakonia: Identität christlicher Praxis*. In: HASLINGER, H. (ed.) *Handbuch Praktische Theologie. Band 1 Grundlegungen*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1999, s. 178–192.

⁸⁸ FUCHS, O. *Herausforderungen der Praktischen Theologie: Kirche*. In: HASLINGER, H. (ed.) *Handbuch Praktische Theologie. Band 1 Grundlegungen*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1999, s. 371.

⁸⁹ Srov. DCE 25; 16.

a bezvýznamných, k nimž byl Ježíš poslán.⁹⁰ Měřítkem následování Ježíše je proto pomoc chudým, trpícím, marginalizovaným, neboť „Syn člověka nepřišel, aby si dal sloužit, ale aby sloužil“ (srov. Mt 20,28). Kritériem pro křesťanskou praxi⁹¹ je následování Krista v jeho sebezpřekročení, sebevydání se z lásky k druhému, neboť „vědomí, že v Kristu se Bůh sám daroval za nás a že Kristus šel na smrt, nás musí vést k tomu, abychom již nežili pro sebe, nýbrž pro Něho, s Ním a pro druhé.“⁹² Křesťané jsou „vedeni vírou, která se v lásce stává činnou (srov. Gal 5,6)“⁹³, nebo jak uvádí Jakubova epištola, vírou, která je „viditelná“ a prokazatelná ve skutcích (srov. Jk 2,14–26). Podle Pompeye a Roße tedy „každý křesťan, který křtem a biřmováním náleží k Božimu lidu, uskutečňuje diakonii svým nasazením se pro druhé.“⁹⁴ Proto také církev, po vzoru Ježíše Krista, považuje „(...) díla lásky k bližnímu za svou povinnost a nezczitelné právo. Proto má (...) v neobyčejné úctě milosrdnou lásku vůči chudým a nemocným i takzvaná charitativní díla a vzájemnou pomoc k ulehčení lidské bídy všeho druhu. (...) Kdekoli žijí lidé, kteří trpí nedostatkem jídla, pití, šatstva, bytů, léků, práce, vzdělání a prostředků nutných k životu opravdu lidskému, kde jsou lidé trýznění soužením, nemocí, (...) tam je musí křesťanská láska vyhledávat a nalézat, vynakládat veškerou péči na to, aby (...) skutečnou pomocí jejich osud zmírnila.“⁹⁵

3.2 Evangelizace – základní kritérium pro praxi církve

Jak již bylo výše uvedeno, za základní kritérium pro praxi církve považuje P. M. Zulehner v rámci své metody evangelizaci. „Evangelizace je činností církve. Pouze v té míře, v jaké bude hlásat evangelium, bude tím, čím má být“.⁹⁶ Zulehner zdůrazňuje, že praxe církve není zaměřena na sebezáchovný provoz, „církve nesmí být příliš soustředěna na sebe, ale musí především zrcadlit Ježíše Krista“.⁹⁷ Církev není sama sobě účelem, ale slouží Bohu, tomu Bohu, o němž křesťané věří, že se stal jedním z nich v Ježíši Kristu, vstal z mrtvých, seslal Ducha svatého, „aby posvěcoval církev

⁹⁰ Srov. CANTALAMESSA, R. *Ukřižovaný Kristus: Velkopáteční rozjímání 1996-2001*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, s. 19–21.

⁹¹ Označení „křesťanská praxe“ zde znamená jednání a činnost křesťanů, nikoli nekřesťanů jednajících křesťansky.

⁹² DCE 33.

⁹³ DCE 31a); 33.

⁹⁴ POMPEY, H., ROSS, P-S. *Kirche für andere: Handbuch für eine diakonische Praxis*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1998, s. 225.

⁹⁵ AA 8.

⁹⁶ AMBROS, P. *Fundamentální pastorální teologie*, s. 40.

⁹⁷ CHV 39.

a věřící, aby tak měli skrze Krista v jednom Duchu přístup k Otci“.⁹⁸ Tak „jako Kristus vykonal dílo vykoupení v chudobě a v pronásledování, tak je i církev povolána vydat se toutéž cestou, aby lidem zprostředkovala plody spásy“.⁹⁹ Církev je svátostí univerzální spásy.¹⁰⁰ Není tedy v první řadě institucí s naukou, normami, náboženskými rity, ale je primárně částí proměněného světa, místem, na němž lidé vidí a žijí ze skutečnosti, že Bůh je přítomen mezi nimi. Odrazem toho je společenství (*koinonia*) a služba (*diakonia*), ale také zvěstování (*martyria*) v podobě kázání, katechezí, výuky náboženství, jímž církev vydává svědectví o Boží přítomnosti a ukazuje, že „svět voní po Bohu“, který je spásou světa. Toto svědectví víry v dnešním světě se nazývá evangelizací.¹⁰¹ Evangelizace je tedy „cestou k autentické interpretaci toho, co Bůh čeká od jednotlivého člověka, víru v Ježíše Krista v církvi. Je personifikací Boží lásky a lidské odpovědi. Tato odpověď nespočívá v tom, co člověk říká a myslí, ale co o člověku smýšlí Bůh a jak tomu člověk rozumí. Zkušenost pak zahrnuje tyto dvě složky: konání a slovo. Podobně je tomu i v Bohu, který koná a jeho konání se stává Slovem.“¹⁰²

Pojem evangelizace se objevuje v celé řadě církevních dokumentů, a to s různými akcenty. V textech II. vatikánského koncilu se hovoří o evangelizaci např. v Dekretu o misijní činnosti církve *Ad gentes*, v němž je tímto výrazem míněno „zasazení církve do půdy v národech nebo skupinách, kde ještě nezapustila kořeny“,¹⁰³ tedy evangelizace jako první hlásání. V Dekretu o apoštolátu laiků *Apostolicam actuositatem* koncil hovoří o evangelizaci ve vztahu k laikům jako o „snaze evangelizovat a posvěcovat lidi a také pronikat a zdokonalovat časný řád duchem evangelia (...),¹⁰⁴ přičemž je zdůrazněno, že laici evangelizují „svědectvím života a dobrými skutky konanými v nadpřirozeném duchu“.¹⁰⁵

Významným dokumentem zabývajícím se evangelizací je apoštolská exhortace papeže Pavla VI. *Evangelii nuntiandi* z roku 1975, která je shrnutím řádného synodu biskupů v roce 1974 na totožné téma.¹⁰⁶ Pavel VI. považuje evangelizaci za cestu,

⁹⁸ LG 4.

⁹⁹ LG 8.

¹⁰⁰ LG 1.

¹⁰¹ Srov. ZULEHNER, P. M. *Pastoraltheologie*, s. 54–56.

¹⁰² AMBROS, P. *Fundamentální pastorální teologie*, s. 37.

¹⁰³ AG 6.

¹⁰⁴ AA 2.

¹⁰⁵ AA 6.

¹⁰⁶ Srov. ZULEHNER, P. M. *Pastoraltheologie*, s. 57.

kteřou lze odstranit dramatické rozštěpení mezi evangeliem a kulturou.¹⁰⁷ Evangelizace má být zaměřena na inkulturaci evangelia, „musí proniknout celým životem, do hloubky, až na samý kořen. Je třeba evangelizovat samu kulturu a jednotlivé kultury, jež lidé vytvořili“,¹⁰⁸ a to nejen slovem, ale „radostnou zvěst je nutno hlásat zejména svědectvím vlastního života, svědectvím beze slov“,¹⁰⁹ k němuž jsou povolání všichni křesťané. Jak uvádí P. Zulehner, k této jednotě praxe a slova ještě přistupuje „svědectví srdce“, to znamená, že „hlásání evangelia nabývá své plné účinnosti a rozsahu jen tehdy, jestliže každý, kdo je slyší, je rovněž správně chápe, přijímá, nechá se jím proniknout a přilne k němu celým srdcem“,¹¹⁰ dále vstup do společenství věřících – církve a přijímání svátostí.¹¹¹

Ústřední roli sehrál pojem evangelizace, jak upozorňuje P. Zulehner, na generální konferenci biskupů v Pueble v roce 1979. Závěrečný dokument nese název *Evangelizace v přítomnosti a v budoucnosti Latinské Ameriky*. I zde šlo o proniknutí kultury evangeliem, tedy o specifický způsob, jakým lidé v určitém národě vytvářejí svůj vztah k přírodě, k sobě navzájem a k Bohu. V rámci této inkulturace byla přijata opce pro chudé a pro mládež. „Evangelizace byla konkretizována v mysticko-politické praxi celostního osvobození člověka na latinskoamerickém kontinentu.“¹¹² Zulehner v této souvislosti cituje vyjádření Ekumenické rady církví z roku 1982: „Prostřednictvím chudých této země se církev znovu učí překonat starý rozpor mezi zvěstováním evangelia a společenskou odpovědností. ‚Duchovní evangelium‘ a ‚materiální evangelium‘ tvořily u Ježíše jedno evangelium.“¹¹³ Podobně hovoří v encyklice *Evangelium vitae* i papež Jan Pavel II.: „Evangelium o lásce Boha k lidem, evangelium o hodnotě osobnosti a jedinečné evangelium o samotném životě tvoří jedno nedělitelné evangelium – radostnou zvěst.“¹¹⁴

Právě Jan Pavel II. použil v roce 1983 při 19. zasedání CELAM pojem „nová evangelizace“ v reakci na „určitou misionářskou únavu církve a nebezpečné tendence sloužit jen těm, kteří k církvi patří (...) a nemohoucnost církve ve vztahu k současným problémům dnešního člověka.“¹¹⁵ „Nová evangelizace“ usiluje o vzájemný dialog dvou

¹⁰⁷ Srov. EN 20.

¹⁰⁸ Tamtéž.

¹⁰⁹ EN 21.

¹¹⁰ EN 23.

¹¹¹ Srov. ZULEHNER, P. M. *Pastoraltheologie*, s. 57.

¹¹² ZULEHNER, P. M. *Pastoraltheologie*, s. 58.

¹¹³ Tamtéž.

¹¹⁴ EV 2.

¹¹⁵ AMBROS, P. *Fundamentální pastorální teologie*, s. 37–38.

rozdílných skutečností – světa a Božího království, „chce pomoci křesťanům dnešní doby objevit vztah dialogu mezi současnou kulturou a objektivním zakořeněním člověka v živém Kristu. Tím se může křesťan dneška podílet na tvorbě nové kultury.“¹¹⁶

O „nové evangelizaci“ pro předávání křesťanské víry hovoří také papež František: „nová evangelizace“ se týká všech a uskutečňuje se ve třech oblastech: v oblasti řádné pastorační, v níž se zaměřuje na růst věřících ve víře; ve skupině těch, kdo jsou pokřtěni, avšak nežijí podle křesťanských požadavků a konečně ve skupině těch, kdo neznají Ježíše Krista anebo jej vždy odmítali. Povinností křesťanů je hlásat evangelium všem, aniž by někoho vylučovali, avšak „nikoli jako někdo, kdo ukládá nový závazek, nýbrž jako někdo, kdo sdílí radost, ukazuje krásné obzory a nabízí lákavou hostinu. Církev neroste proselytismem, nýbrž „přitažlivostí.““¹¹⁷

Ačkoli je tedy zřejmé, že církev není církví, není-li svědkem evangelia ve světě,¹¹⁸ může být podle Zulehnera užití samotného slova evangelizace ke stanovení základního cíle pro praxi církve poněkud problematické. Zulehner uvádí příklad z německé jazykové oblasti, v níž je podle něj toto slovo používáno formálně, abstraktně a bez obsahu, což na jedné straně umožňuje, aby se na tomto slově shodly různé skupiny, na druhé straně však tato domnělá shoda nevede ke společnému jednání a ukazuje se, že se za společným slovem skrývají často velmi odlišné návrhy praxe. Společné slovo tedy v žádném případě nevede ke společné praxi a nejrůznější modely si vzájemně konkurují.¹¹⁹ Sporné je rovněž, zda má být evangelium předáváno rozmanitými formami ústního podání, či primárně jinou praxí. Spor ohledně ortodoxie a ortopraxe patří podle Zulehnera k obtížím při výkladu slova evangelizace.¹²⁰

K problematičnosti tohoto slova v německé jazykové oblasti patří také to, že je spojeno s negativními konotacemi – je vnímáno jako jednostranné ovlivňování, „misionářství“ v teologicky nežádoucím smyslu. A konečně nevýhodou tohoto slova je podle Zulehnera i to, že s sebou nenese žádný „kairologický aspekt“. Teprve v dialogu s kontextem dnešního života rozvine tradovaný „text“ evangelia svou sílu, která vede k činnosti (*handlungsleitende Kraft*).

Slovo evangelizace proto vyžaduje konkretizaci v nějakém klíčovém slově, které vyjadřuje úsilí, touhu lidí „dnešní“ doby, a jehož obsah se stává skutečností

¹¹⁶ Tamtéž, s. 38.

¹¹⁷ EG 14.

¹¹⁸ Srov. AMBROS, P. *Fundamentální pastorální teologie*, s. 40.

¹¹⁹ Srov. ZULEHNER, P. M. *Pastoraltheologie*, s. 58–59.

¹²⁰ Srov. tamtéž, s. 59.

v konfrontaci s oním kontextem, v němž je hlášáno evangelium. Takovými klíčovými slovy mohou být slova jako osvobození, naděje, život, spása a uzdravení, pokoj aj. Tím není nijak popřeno, že lidé i dnes touží po radostné zvěsti – evangeliu, avšak vyjádřené mimo hranice církve jiným, „necírkevním“ jazykem.¹²¹ Podobně to vyjadřuje i H. Waldenfels, který uvádí, že úkolem pro teologii je, aby svědectví Bohu „překládala“ do jazyka dnešních lidí a hledala způsob, jak v nových kontextech srozumitelně předávat křesťanskou nauku „s vědomím, že pro ně v průběhu věků musí Boží slovo neustále znovu formulovat“.¹²² Výše uvedená klíčová slova proto podle Zulehnera představující dílčí kritéria či cíle, které pojem evangelizace specifikují a které lze místo slova evangelizace vhodněji použít.

3.3 Realizační funkce církve (*diakonia, martyria, leiturgia, koinonia*) jako dílčí kritéria

Jak bylo uvedeno výše, považuje P. M. Zulehner pojem evangelizace za příliš široký a je proto třeba stanovit další dílčí kritéria, která jsou konkrétnější a pojem evangelizace specifikují. Pro použití metody *Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie* v praxi lze uvažovat jako dílčí kritéria tzv. konstitutivní prvky (resp. realizační funkce) církve (*koinonia, diakonia, leiturgia, martyria* (společenství, služba, bohoslužba, svědectví), neboť „konstitutivní prvky církve jsou určitým teologickým výzkumem a argumenty doloženy a potvrzeny a zahrnují celý život církve. A na základě těchto čtyř kritérií se může každý, kdo vytváří praxi církve ptát, pro naplňování které funkce je právě nyní příhodný čas.“¹²³

Podíváme-li se stručně do historie vzniku teorie konstitutivních prvků, pak důležitou větu v této souvislosti nalezneme v konstituci II. vatikánského koncilu *Lumen gentium*, v níž se uvádí: „(...) věřící křesťané, kteří – když byli křtem přivtěleni ke Kristu a učiněni Božím lidem, a tak se stali svým způsobem účastnými Kristova úřadu kněžského, prorockého a královského – vykonávají svým podílem poslání celého křesťanského lidu v církvi a ve světě“.¹²⁴ Toto pojetí znamenalo zásadní změnu

¹²¹ Srov. tamtéž, s. 59–60.

¹²² WALDENFELS, H. *Kontextová fundamentální teologie*. Praha: Vyšehrad, 2000, s. 48.

¹²³ OPATRŇY, M. *Přehled metod pastorační práce*. Skriptum pro vnitřní potřebu studentů k předmětu „Speciální okruhy pastorace“. Jihočeská univerzita v Č. Budějovicích: Teologická fakulta, 2009, s. 12–13.

¹²⁴ LG 31.

v nahlížení na činnost církve a zároveň i zásadní změnu teorie, na které byla založena pastorální teologie, která byla od svých počátků chápána jako teorie církevní praxe, jako teologická reflexe jednání církve.¹²⁵

Od vzniku vědecké pastorální teologie koncem 18. století až do doby kolem II. vatikánského koncilu bylo na činnost církve pohlíženo jako na pokračování tří Kristových úřadů: podle Kristova prorockého, kněžského a královského poslání existuje v církvi úřad učitelský, kněžský a pastýřský (srov. Mt 28,19–20). Za jediné pokračovatele v činnosti Ježíše Krista tak byli považováni kněží jakožto nositelé úřadu, jejichž práci se pastorální teologie až do počátku druhé poloviny 20. století zabývala, a kteří se stali subjekty církevní praxe. Jejich povinnost pak byla rozdělena do tří hlavních oblastí: učení; správa a udělování svátostí; výstavba / řízení církevní obce,¹²⁶ přičemž úřad prorocký (učit svěřený lid) byl odvozen od Ježíšovy výzvy v Matoušově evangeliu získávat učedníky, úřad kněžský (slavit bohoslužby) od výzvy k tomu, aby byli tito učedníci pokřtěni a úřad královský (pečovat o svěřený lid) od výzvy zachovávat Ježíšovu nauku.¹²⁷ Jak uvádí F. Weber, výše uvedené dělení podle tří povinností pastýře však lze nalézt již v evangelických pastorálních pokynech v 17. století, např. v *Institutio parochi* P. Segneriho.¹²⁸ Již v 17. století se objevuje také názor, zastávaný baronem Justinianem von Welz, rakouským luteránským šlechticem, myslitelem a misionářem, podle něhož slova v Matoušovi 28 znamenají, že všichni křesťané jsou povinni šířit víru, nejen Ježíšovi nejbližší učedníci.¹²⁹

V tomto smyslu se vyjadřuje také profesor A. Knauber, který upozorňuje na skutečnost, že misijní příkaz v Mt 28,18nn (s exegeticky neudržitelným důrazem na trojí úřad církve) a proklamace dobrého pastýře v J 10 (s povrchním výkladem vztahujícím se pouze na disciplinární vedení) nemohou sloužit jako podklad pastorální

¹²⁵ LEHNER, M. Prokrustovo lože: Systematizační pokusy v pastorální teologii. In: *Teologické texty*, 1996, č. 5, s. 148.

¹²⁶ Tamtéž, s. 148; dále např. KŘIŠŤAN, A. *Počátky pastorální teologie v českých zemích*. Praha: TRITON, 2004, s. 43.

¹²⁷ OPATRŇÝ, M. Služba potřebným – diakonie jako konstitutivní prvek praxe církve. In: MARTINEK, M. a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: JABOK, 2008, s. 62–63.

¹²⁸ Srov. WEBER, F. *Mission – Gegenstand der Praktischen Theologie? Die Missionstätigkeit der Kirche in den pastoraltheologischen Lehrbüchern von der Aufklärung bis zum Zweiten Vatikanum. Mit einem Beitrag von Ottmar Fuchs*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang GmbH, 1999, s. 54.

¹²⁹ Srov. SCHMALZ, M. *What is the Great Commission and why is it so controversial?* Dostupné na WWW: <<https://theconversation.com/what-is-the-great-commission-and-why-is-it-so-controversial-111138>>. Dále srov. SPRATEK, D. Justinian von Welz – myslitel, outsider, misionář. In: *Přítel – Przyjaciel*, 2015, roč. 68, č. 3, s. 9.

teologie a jejího členění,¹³⁰ neboť tak dochází k zúžení biblického misijního poslání.¹³¹ Tato zúžená klerikální koncepce se podle F. Webera udržela až do 20. století, neboť ještě v roce 1962 napsal M. Pflieger ve své *Pastorální teologii*, že v Matoušovi 28,18–20 a Janovi 14,6 byl jednou provždy stanoven trojí úřad.¹³² R. Schnackenburg ve svém komentáři k Matoušově evangeliu navíc zdůrazňuje, že závěrečná scéna (Mt 28, 16–20) otevírá univerzální horizont pro misii ke všem národům, cílem evangelizace je, aby se ze všech lidí stávali učedníci Kristovi, kteří budou následovat Ježíše Krista a jednat po jeho vzoru, a tam, kde budou dva nebo tři shromážděni v Ježíšově jménu, bude on uprostřed nich (srov. Mt 18,20).¹³³

Pozdější poznatky biblických věd skutečně ukázaly, že Ježíšova slova na konci Matoušova evangelia nejsou určena pouze úzkému okruhu jeho učedníků, ale směřují ke všem křesťanům. Základní otázka pro pastorální teologii nyní již nezněla, co mají dělat kněží jako nástupci apoštolů, aby jednali podle vzoru Ježíše Krista, ale jak mají podle vzoru Ježíše Krista jednat všichni křesťané, tedy církev.¹³⁴ Křesťan tak přestává být objektem kněžské pastorační péče, sám se stává subjektem církevního jednání a aktivně se tak podílí na vytváření praxe církve. Tato změna paradigmatu vyžadovala jasné stanovení toho, co je pro praxi církve charakteristické, konstitutivní, tedy jakými způsoby se církev realizuje, chce-li a má-li být církví Ježíše Krista. V této souvislosti hovoříme o tzv. teorii konstitutivních prvků církve, resp. o realizačních funkcích církve.¹³⁵

Milník v prosazování konstitutivních prvků církve představuje první svazek *Příručky pastorální teologie* (Handbuch der Pastoraltheologie) K. Rahnera vydaný v roce 1964, v němž Rahner rozpracoval pastorální teologii jako „vědu o sebeuskutečňování církve.“ Jeho výchozí otázka zněla: „Co dělá církev při svém sebeuskutečňování?“ Rahner uvádí šest základních funkcí: hlásání Božího slova, kult, udělování svátostí, právní život církve, křesťanský život v celé jeho šíři a charita.¹³⁶ O rok později vychází studie vídeňského profesora pastorálky F. Klostermanna s názvem *Princip církevní obce*

¹³⁰ Srov. KNAUBER, A. Heslo Pastoraltheologie. In: HÖFER, J., RAHNER, K. (ed.) *Lexikon für Theologie und Kirche*, sv. 8, Palermo – Roloff, 2. přeprac. vyd. Freiburg i. B.: Herder, 1963, s. 166.

¹³¹ Srov. WEBER, F. *Mission – Gegenstand der Praktischen Theologie?*, s. 54.

¹³² Srov. tamtéž.

¹³³ Srov. SCHNACKENBURG, R. *Matthäusevangelium 16,21–28,20*. (Die Neue Echter Bibel: Kommentar zum Neuen Testament mit der Einheitsübersetzung, Bd.1). Würzburg: Echter Verlag, 1987, s. 156; s. 290–291.

¹³⁴ Tamtéž, s. 63.

¹³⁵ Srov. tamtéž, s. 63.

¹³⁶ LEHNER, M. Prokrustovo lože, s. 149.

(Prinzip Gemeinde). Klostermann zde představuje vnitřní výstavbu církve takto: „To prvotní, co vytváří a zakládá církevní obec, je sám Duch Kristův.“ Zatímco do této doby měla nauka o třech úradech Krista své kořeny v christologii, nyní se teologickým východiskem stává pneumatologie. Působení Ducha představuje podle Klostermanna svorník dalších tří stavebních prvků obce: Božího slova, kultu a bratrské lásky.¹³⁷

Definitivní formulaci našla tato nová trilogie v ediční řadě svazků *Pastorale* – příručky pro pastorační službu, společné dílo Konference pastorálních teologů německé jazykové oblasti z pověření Německé biskupské konference. V roce 1970 se objevil první svazek nazvaný *Spásné poslání církve v přítomnosti*, v jehož jedné z kapitol se praví: „Existují zásadně tři podstatné úkoly církve: hlásání Božího slova, udělování svátostí a služba pomáhající lásky.“ V následujících letech usiloval především würzburgský pastorální teolog R. Zerfaß o doplnění těchto tří funkcí o prvek společenství – *koinónii*. Šlo o to jasně od sebe oddělit *diakonii* jako službu potřebným a trpícím, a *koinónii* jako péči o jednotu, o sourozenecké společenství.¹³⁸ Z výše uvedeného je tedy patrné, že teorie konstitutivních prvků církve vznikala v prostředí německojazyčné teologie, která definovala, že církev vzniká tehdy, existuje-li svědectví Bohu, je slavena bohoslužba a existuje-li služba potřebným. Spojením všech tří prvků vzniká prvek společenství.

Zatímco první model, podle kterého se na činnost církve pohlíželo na základě teorie trojího úřadu Krista, v sobě nezahrnoval službu potřebným, *diakonii*, nový model systemizace církevního jednání staví vedle sebe všechny čtyři konstitutivní prvky církve jako rovnocenné a pokud některý z nich chybí nebo je potlačen, „je život církve zúžen a ochuzen o to, co patří k jeho podstatě“.¹³⁹ O významu diakonie hovoří i papež Benedikt XVI. ve své nástupní encyklice *Deus caritas est*, v níž uvádí: „Niterná povaha církve se vyjadřuje v trojím úkolu: zvěstování Božího slova (*kérygma* – *martyria*), slavení svátostí (*leitúrgia*), služba lásky – *caritas* (*diakonia*). Jedná se o úkoly, které se vzájemně podmiňují a které od sebe nelze oddělovat. Charita není pro církev určitým druhem společensky prospěšné činnosti, kterou by mohla přenechat někomu jinému, protože patří k její vlastní povaze a představuje neodmyslitelný výraz její vlastní esence.“¹⁴⁰ Služba potřebným tedy bytostně patří k povaze církve, kterou papež ve druhé části výše zmíněné encykliky nazývá „komunitou lásky“. Tato láska, která –

¹³⁷ Tamtéž.

¹³⁸ Tamtéž.

¹³⁹ OPATRŇY, M. Služba potřebným – diakonie jako konstitutivní prvek praxe církve, s. 65.

¹⁴⁰ DCE 25.

zakotvena v trojiční lásce – usiluje o dobro člověka, o jeho pokrok v různých oblastech života a lidské aktivity, je službou, kterou církev naplňuje, vychází-li vstříc lidem v utrpení a v jejich potřebách, a to i potřebách materiální povahy.¹⁴¹ Láska k bližnímu tak není pouze úlohou pro jednotlivce, ale pro celou církevní komunitu na všech úrovních – počínaje místní komunitou až k univerzální církvi.

Hovoří-li papež Benedikt XVI. o lásce k bližnímu jako zásadní úloze církve, pak také neustále připomíná, že není možná láska k bližnímu bez lásky k Bohu a naopak. „Obě lásky spolu souvisejí tak úzce, že tvrzení o lásce k Bohu se stává lží, když se člověk uzavírá bližnímu, nebo ho dokonce nenávidí. (...) Láska k bližnímu je cestou k setkání s Bohem a (...) uzavření očí před bližním činí člověka slepým vůči Bohu.“¹⁴² Tato láska se projevuje ve službě potřebným nejen uvnitř církve, nejen vůči těm, kteří „patří do rodiny víry“ (Ga 6,10), ale překračuje hranice církve. „Podobenství o milosrdném Samaritánovi zůstává měřítkem, které ukládá univerzalitu lásky, již je třeba uplatňovat vůči potřebnému člověku, s nímž jsme se setkali ‚náhodou‘ (srov. Lk 10,31), ať už je to kdokoli.“¹⁴³ Svým pojetím diakonie jako „pomáhající lásky“ tak papež významně přispěl k chápání diakonie jako konstitutivního prvku církve.¹⁴⁴

Konstitutivní prvky církve – *martyria*, *leiturgia*, *diakonia* a *koinonia* tedy označují to, co tvoří podstatu církve: bohoslužebné slavení, angažovanost pro druhé, zejména pro lidi v nouzi, radostné a osvobozující poselství Ježíše Krista uskutečňované slovem a činem, a společenství, v němž se předchozí tři prvky prohlubují. Církev jedná jako církev tehdy, slaví-li liturgii, konkrétně slouží a pomáhá druhým, vydává svědectví o Ježíši Kristu a podporuje život ve společenství. Realizační funkce představují ony základní dimenze praxe církve, které jsou pro církev konstitutivní. Jejich jednota tvoří souřadnice, v jejichž průsečíku stojí dvojpříkázání lásky k Bohu a k bližnímu, které je středem veškerého církevního konání.¹⁴⁵ Protože zahrnují celý život a poslání církve, odrážejí život Ježíše Krista, který je základem a měřítkem jednání křesťanů a tedy církve, byly tyto konstitutivní prvky zvoleny jako dílčí kritéria pro praxi církve i v této disertační práci.

¹⁴¹ DCE 19.

¹⁴² DCE 16.

¹⁴³ DCE 25.

¹⁴⁴ OPATRŇY, M. Služba potřebným – diakonie jako konstitutivní prvek praxe církve, s. 65.

¹⁴⁵ Srov. PRÜLLER-JAGENTEUFEL, V. Grundvollzüge der Kirche. In: *99 Wörter Theologie konkret*. München: Don Bosco Verlag, 2005, s. 99n.

KAIROLOGIE

4 Současný společenský kontext pro praxi církve: teoretická východiska

Kairologie, druhý krok Zulehnerovy metody *Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie*, se zabývá zkoumáním kontextu, v němž se uskutečňuje praxe církve a ptá se, ke komu se má v dnešní době obracet pastorační pozornost církve, chce-li jednat podle Ježíšova vzoru, jinými slovy, kdo jsou dnes oni „lidé na okraji“, kteří potřebují pomoc. Zároveň však nejde jen o analýzu stávající situace, která by zůstala v teoretické rovině. Zulehner upozorňuje, že nelze provozovat jakousi „class-room-theology“ bez vztahu k praxi. Neméně důležitá je proto otázka, zda dané situaci, danému kontextu odpovídá i stávající praxe. Současná praxe – znamení času (*kairos*) je tedy následně zkoumána na základě kritérií stanovených v prvním kroku Zulehnerovy metody – *Kriteriologie*. V následujících kapitolách se proto budeme věnovat kontextu, v němž se v České republice uskutečňuje praxe církve, a to nejprve v teoretické rovině.

4.1 Náboženství v české společnosti

V knize *Vzýván i nevzýván* upozorňuje T. Halík na skutečnost, že dnešní Evropa sice není nenáboženská, není však křesťansky náboženská, neboť křesťanství již není náboženstvím dnešní Evropy a evropské křesťanství již není náboženstvím ve smyslu *religio* coby sjednocujícího prvku společnosti.¹⁴⁶ Také podle T. Luckmanna dochází v moderních evropských společnostech k nahrazování křesťanství individualizovanou formou náboženství.¹⁴⁷ Tomuto vývoji odpovídá i situace v České republice. Česká společnost se stává „společností s vysokou mírou individualizované a detradicionalizované religiozity“.¹⁴⁸

V osmdesátých letech 20. století byl v časopise *Svědectví* publikován text socioložky Jiřiny Šiklové *Mládež v ČSSR a náboženství*. Na základě svých poznatků Šiklová konstatovala, že větší část české mládeže v Československu se – obdobně jako větší část

¹⁴⁶ Srov. HALÍK, T. *Vzýván i nevzýván: Evropské přednášky k filozofii a sociologii dějin křesťanství*. Praha: NLN, 2004, s. 56.

¹⁴⁷ Srov. LUCKMANN, T. *Die unsichtbare Religion: Mit einem Vorwort von Hubert Knoblauch*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1991, s. 62–86; 164–182.

¹⁴⁸ VÁCLAVÍK, D. *Náboženství a moderní česká společnost*. Praha: Grada, 2010, s. 209.

mládeže na Západě – nezajímá o náboženské a filosofické otázky a je značně materialisticky orientovaná. Menšinou část mládeže představují ti, kteří hledají smysl života, nechtějí se pouze „začlenit“, přizpůsobit a být konformní. Tyto mladé lidi, kteří se – bez předchozí křesťanské výchovy a zakotvení v křesťanské tradici – sami spontánně hlásí ke křesťanství a považují se za křesťany, i když to neodpovídá obvyklým kritériím, Šiklová nazývá „mladokřesťany“. Křesťanská víra je pro ně především cítěním, prožíváním, náležením a spoluprožíváním v protikladu k dogmatismu, mnohým z nich pak splývá křesťanství s animismem, vírou v astrologii či s parapsychologií. Na rozdíl od mládeže vychovávané v křesťanských rodinách svou víru většinou neskrývají, ale otevřeně manifestují a chápou ji jako formu protestu proti oficiální státní marxisticko-leninské ideologii.¹⁴⁹ Jak uvádí D. Václavík, Šiklové se na tomto byť úzkém vzorku české populace podařilo ukázat, že v ČSSR již před rokem 1989 existoval „náboženský život“ mimo tradiční náboženské skupiny a probíhal proces „privatizace“ náboženství. Ještě před tzv. sametovou revolucí v roce 1989 došlo k obnovení činnosti některých „netradičních“ náboženských skupin jako např. hnutí Hare Kršna (Mezinárodní společnost pro vědomí Kršny) a začaly se objevovat alternativní náboženské skupiny schopné oslovit poměrně velkou skupinu „nevyhraněných“.¹⁵⁰

V prvních letech po listopadu 1989 si církve, zejména církve katolická jako symbol odporu proti komunismu, ještě zachovávaly značnou prestiž. Podle výzkumu *Institutu pro výzkum veřejného mínění (IVVM)* byla počátkem 90. let důvěra v církve na jedné z nejvyšších úrovní, církvi důvěřovalo 51 % občanů.¹⁵¹ V devadesátých letech 20. století se kromě sčítání lidu uskutečnilo několik dalších výzkumů zabývajících se otázkou náboženství, především *BIBL 1991*, *Výzkum evropských hodnot (EH 1991)*, *International Social Survey Programme (ISSP) Národní identita (ISNI 1995)*, *Religiozita v reformovaných východo(středo)evropských zemích (AUFBR 1997)* a *International Social Survey Programme (ISSP) Religiozita II (ISRE 1999)*. Tyto výzkumy potvrdily vývojový trend, který naznačila již studie J. Šiklové z 80. let, ukazující vysokou míru privatizace náboženství, který se v průběhu 90. let dále zvětšoval.

¹⁴⁹ ŠIKLOVÁ, J. Mládež v ČSSR a náboženství. In: *Svědectví*, 1986, roč. 20, č. 79, s. 513–520.

¹⁵⁰ Srov. VÁCLAVÍK, D. *Náboženství a moderní česká společnost*, s. 127–129.

¹⁵¹ Srov. tamtéž, s. 132.

Díky značné prestiži, které se těšily církve v období po tzv. sametové revoluci, se tento trend počátkem 90. let ještě naplno neprojevil, jak ukázalo sčítání lidu v roce 1991. Podle výsledků *Sčítání lidu, domů a bytů z roku 1991* se nejméně 44 % obyvatel hlásilo k nějakému náboženskému vyznání, což v absolutních číslech představovalo asi 4,5 milionu lidí. Nejsilněji zastoupena přitom byla Římskokatolická církev s 39 % z celé populace.¹⁵² V průběhu 90. let dochází k „poměrně významným proměnám postojů české společnosti týkajících se deklarace vlastního vyznání. Relativně výrazným faktorem přitom byla narůstající distance od náboženských institucí. Česká společnost začala být naplno konfrontována s demonopolizací a deinstitucionalizací náboženského života, jejichž výsledkem byla situace duchovního tržiště, v jehož rámci začínalo stále více platit to, co významná britská socioložka náboženství Grace Davie označila jako *believing without belonging*.“¹⁵³

Tato *víra bez příslušnosti*, kterou G. Davieová popsala, podle ní ukazuje souvislost proměnných dvou typů: jedny se týkají pocitů, zkušeností a mystičtější stránky víry, druhé pak těch, které sledují náboženskou pravověrnost, účast na rituálu a oddanost instituci. Jak Davieová uvádí, pouze v případě proměnných druhého typu lze v celé západní Evropě pozorovat vysoký stupeň sekularizace; lidi v západoevropských společnostech tak lze označit za lidi bez církve. Výsledky statistických studií jako je *Evropská studie hodnot (EVS)* ukazují nepřímou úměrnost mezi náboženskou vírou a příslušností. Jinými slovy, pokles institucionální kázně neznamená zánik víry, naopak, víra přetrvává, jen začíná být – zejména mezi mladými lidmi – osobnější, různorodější a osobitější.¹⁵⁴

Tento vývoj, především klesající důvěru obyvatel v církve, potvrdily v České republice výzkumy provedené v následujících letech, jako byl např. pokračující mezinárodní srovnávací projekt ISSP 2005, ISSP 2008, výzkum *Detradicionalizace a institucionalizace náboženství* z roku 2006 (DIN 2006) či *Sčítání lidu, domů a bytů z roku 2011*, podle kterého se k náboženskému vyznání přihlásilo pouze 14 % populace. Ve výzkumu DIN 2006 uvedlo 61 % dotazovaných, že k církvím mají jen velmi malou nebo žádnou důvěru. Šetření ISSP 2005 zase ukázalo, že 60 % českých respondentů se

¹⁵² Srov. tamtéž, s. 134–135; s. 143.

¹⁵³ Tamtéž, s. 146; s. 158.

¹⁵⁴ Srov. DAVIEOVÁ, G. *Výjimečný případ Evropa: Podoby víry v dnešním světě*. Brno: CDK, 2009, s. 15–20.

nehlásí k žádnému náboženskému vyznání, přičemž úbytek členů zaznamenala především Církev římskokatolická.¹⁵⁵

D. Václavík konstatuje, že úpadek institucionalizované religiozity ve 2. polovině 90. let znamenal stále zřetelnější ztrátu dominantního postavení církví v náboženské interpretaci světa a institucionalizované náboženství se tak stalo jen jedním sociálním subsystémem z mnoha dalších.¹⁵⁶ Pluralizace české společnosti v 90. letech, která se týkala i náboženství, znamenala výrazný nárůst počtu náboženských skupin a směrů, které u nás začaly působit, i změnu postoje české populace k náboženství: přetrvává nedůvěra v náboženské instituce a s nimi spojenou religiozitu, stoupá však poptávka po „duchovních zážitcích“. Ve výrazně konzumně orientované společnosti se i náboženství stalo konzumním artiklem a je nabízeno v nejrůznějších podobách podle poptávky.¹⁵⁷ „Duchovní tržiště z konce 20. století se postupně proměňuje v duchovní hypermarket, v němž (...) budeme moci pořídit laciné instantní duchovní systémy a zážitky, stejně jako sofistikované a relativně drahé nauky a praktiky poskytující svým konzumentům pocit jedinečnosti a výjimečnosti.“¹⁵⁸ Jak Václavík dále uvádí, „do popředí se stále více dostávají představy, které více korespondují se subjektivní spiritualitou pozdně moderního konzumenta. Postupně se setřou hlavní ideové rozdíly a normální součástí náboženského obrazu světa českého křesťana se stanou takové koncepce, jako je převtělování duší, nauka o vesmírné energii, zbožštění přírody apod. (...) Hlavní roli bude hrát jednoznačně náboženský prožitek a schopnost jednotlivých náboženských skupin a proudů nabídnout akceptovatelnou a zároveň dostatečně atraktivní alternativu vůči stále chaotičtější, méně srozumitelné a o to více nebezpečné, technicky odosobněné (post)moderní společnosti.“¹⁵⁹ Podle Václavíka to však neznamená, že by se v následujících desetiletích dal očekávat zánik náboženství, spíše jeho další transformace.¹⁶⁰

Podobně jako D. Václavík hovoří i A. Opatrný o ztrátě dominantního postavení církví a privatizaci náboženství v prostředí postmoderní plurality, a to nejen v České republice, ale v podstatě v celé Evropě. Spolu se silnou nedůvěrou k organizovanému náboženství a církvím „dnes existuje příklon k mysterióznu a odklon od racionality k iracionalitě všeho druhu. Je to jakási ‚nekultivovaná religiozita‘, kterou představují

¹⁵⁵ Srov. HAMPLOVÁ, D. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*, s. 35–57.

¹⁵⁶ Srov. VÁCLAVÍK, D. *Náboženství a moderní česká společnost*, s. 159.

¹⁵⁷ Srov. tamtéž, s. 212; s. 215.

¹⁵⁸ Tamtéž, s. 212.

¹⁵⁹ Tamtéž, s. 211–212.

¹⁶⁰ Srov. tamtéž, s. 212.

různé pseudonáboženské směry, „náboženství bez Boha“, značné sympatie k nejrůznějším okultním nebo pseudonáboženským praktikám.“¹⁶¹ V současné evropské společnosti ubývá křesťanů, a i když Evropa není výslovně ateistická, není již křesťansky náboženská, „zato se rozšiřuje jakási ‚šedá zóna‘ difuzní religiozity (...) vzdalující se klasickým církvím“.¹⁶² Podle Opatrného to však neznamená tolikrát předpovídaný zánik křesťanských církví či náboženství, nýbrž možnost jejich přerodu. „Je tím míněn přerod z pozice, kdy křesťanské církve byly v Evropě samozřejmou a respektovanou součástí společnosti, představovaly kognitivní většinu a byly v podstatě univerzálními učitelkami obyvatelstva, do pozice, v níž katolická církev přestane o tomto dnes již ztraceném postavení snít a bude usilovat o to, co II. vatikánský koncil přímo prorocky naznačil, totiž být svátostí neboli znamením uprostřed lidské společnosti (LG 1).“¹⁶³ T. Halík připomíná slova papeže Benedikta XVI o křesťanech jako kreativní menšině: „(...)Tento papež neoperuje s vizí lidové, masové církve, kterou měl spíš Jan Pavel II. Zdůrazňuje, že církev v naší části světa je a bude menšinou, avšak že by měla být kreativní menšinou, nikoliv do sebe uzavřeným ghettem. Jejím základním úkolem je podle slov papeže Benedikta dialog s agnostickou společností.“¹⁶⁴

Halík rovněž upozorňuje na skutečnost, že i v řadě evropských zemí lze pozorovat tendenci k individualizaci víry, „slábnutí ochoty věřících plně se ztotožnit s tradičními církevními institucemi, k slábnutí některých dřívějších funkcí těchto institucí ve veřejném životě a k trendu ‚od (kolektivního, organizovaného) náboženství k (individualisticky prožívané) spiritualitě‘. Tedy: etapa sekularizace v evropském novověku nezanechala po sobě nenáboženskou společnost – oslabena je pouze jedna forma náboženství. Víra zůstává a hledá jen nová vyjádření. Společnost je spíše odcírkevněna než odnáboženštěna, přičemž největší krize paradoxně zakoušejí ‚sekularizované církve‘ – ty, které se nejvíc snažily překotně se modernizovat a co nejvíc se přizpůsobit ‚tomuto světu‘“.¹⁶⁵

Podle Halíka se však během 70. let 20. století začal globálně projevovat nový civilizační obrat, který bývá nazýván „návrat náboženství“ a který je odpovědí na krizi sekulárního liberalismu. Tento „návrat náboženství“, který však rozhodně není

¹⁶¹ OPATRŇY, A. *Cesty pastorační v pluralitní společnosti*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, s. 15–19.

¹⁶² Tamtéž, s. 109.

¹⁶³ Tamtéž, s. 22.

¹⁶⁴ HALÍK, T. *Kulatý stůl: Přiblížila se za poslední léta*. Dostupné na WWW: <<http://halik.cz/cs/tvorba/clanky-eseje/nabozenstvi-spolecnost/clanek/30/>>.

¹⁶⁵ HALÍK, T. *Proměny světové náboženské scény*. Dostupné na WWW: <<http://halik.cz/cs/tvorba/clanky-eseje/clanek/40/>>.

návratem k dřívějším podobám náboženství, lze pozorovat např. v oblasti politiky (výrazná politizace náboženství v islámském světě), ale také v rostoucím zájmu o oblast spirituality jako protiváhy ztechnizovaného světa. „Zdá se, že rozšíření ‚náboženského kýče‘ v podobě líbivé směsi psychoterapie, esoteriky a mystiky pod názvem ‚New Age‘ je spíše projevem duchovní žízně, než pramenem z hloubky, který by tuto žízeň mohl utišit. (...) Proměna náboženství ve spiritualitu je návratem vytěsněného, opětným probuzením jedné oblasti náboženství (...). Zájem o spiritualitu je pochopitelný, ale neměl by zdegenerovat v pěstování meditačních technik jako volnočasové zábavy bez kontextu dalších dimenzí duchovního života, zejména kultivace mravního svědomí a zájmu o druhé.“¹⁶⁶

O „návratu náboženství“, resp. náboženské renesanci hovoří také teolog P. Ambros. Podle Ambrose je fenomén privatizace náboženství, kterým se od počátku 90. let 20. století zabývá náboženská sociologie, postaven na tezi individualizace, která se projevuje úpadkem zájmu o institucionalizovanou formu náboženství, zároveň však vzrůstajícím významem náboženské zkušenosti pro člověka v individuální rovině. Náboženství tedy ztrácí na významu jen částečně, pouze ve veřejné sféře, v privátní sféře však lze hovořit o náboženské renesanci.¹⁶⁷ „Návrat náboženství do soukromé sféry neznamena nutně ochabnutí jeho vitality. Vytrvalá životnost náboženství je v rozmanitosti svých výrazů pozoruhodná, stejně tak i rostoucí zeslabování institucionálního dohledu nad náboženskou privátní sférou. V kontextu této neinstitucionální podoby náboženství se stále méně hovoří o náboženství a více o *spiritualitě*. Pozorování náboženských sociologů naznačují, že spiritualita a institucionální charakter náboženství jsou v postupně se prohlubujícím vzájemném protikladu.“¹⁶⁸ T. Halík v této souvislosti upozorňuje: „Mnoho dnes slyšíme o ‚návratu náboženství‘. Měli bychom si být vědomi, že s ním vchází do našeho světa a do naší doby mocný a mnohotvárný jev, jemuž nemůžeme říci překotné a jednostranné ‚ano‘ či ‚ne‘, nýbrž který je třeba do hloubky a bez předsudků zkoumat, rozlišovat mezi jeho často protikladnými podobami a pečlivě zvažovat, jak odpovědět na výzvy, které před nás staví.“¹⁶⁹

¹⁶⁶ Srov. HALÍK, T. *Pakt z katakomb*. Dostupné na WWW: <<http://halik.cz/cs/tvorba/proslovy-kazani/proslov/61/>>.

¹⁶⁷ Srov. AMBROS, P. *Laik a jeho poslání: Mučednictví – svědectví*. Olomouc: Refugium Velehrad-Roma, 2011, s. 27.

¹⁶⁸ Tamtéž, s. 27–28.

¹⁶⁹ HALÍK, T. *Proměny světové náboženské scény*.

Podíváme-li se tedy souhrnně na situaci v České republice, pak z výše uvedeného vyplývá, že vysoký počet lidí, kteří se v české společnosti v období po tzv. sametové revoluci identifikovali s náboženstvím a konkrétní církví, byl dán z části jejich negativním vymezením se vůči bývalému režimu, což v následujících letech potvrdila opětovná nedůvěra vůči náboženským institucím. Nebyl to však pouze tento faktor, který vedl ke klesajícímu zájmu o tradiční církev a s nimi spojenou religiozitu. Klíčovou roli sehrála výrazná pluralizace české společnosti v 90. letech, kterou bylo dotčeno i náboženství.¹⁷⁰ „Jinak řečeno: duchovní tržiště dorazilo i do Česka a změnilo jak samotnou náboženskou mapu české společnosti (exponenciálně narostl počet náboženských skupin a směrů, které u nás začaly působit), tak postoj Čechů k náboženství. Jeho základem sice stále zůstává nedůvěra v náboženské instituce a religiozitu s nimi spojenou, ale zároveň roste potřeba duchovního uspokojení odpovídajícího individualizované a konzumně orientované pozdně moderní společnosti.“¹⁷¹ Spolu s pluralizací společnosti dochází k privatizaci náboženského života, což bývá někdy interpretováno jako pokračující sekularizace české společnosti. Václavík však upozorňuje, že sekularizace v tomto případě neznamená prvoplánovou „marginalizaci náboženství, ale spíše proces jeho transformace směrem k jeho odcírkevnění, privatizaci a detradicionalizaci“.¹⁷²

Ve třetím tisíciletí tak lze českou religiozitu označit za mnohvrstevnou a plastickou, s důrazem na individuální rozvoj a náboženský prožitek, tedy na to, co bychom nazvali spiritualitou. Jedná se o „deinstitucionalizovaný typ religiozity s vysokou tendencí k synkretizaci a tím i detradicionalizaci náboženských představ (...)“.¹⁷³

4.2 Česká republika jako „nejateističtější“ země v Evropě? – nezájem o církev, zájem o nadpřirozeno

Výše uvedený klesající zájem Čechů o církev a s nimi spojený typ zbožnosti – religiozity spolu s výsledky sociologických šetření zaměřených na výzkum podílu obyvatel, kteří se hlásí k náboženskému vyznání, navštěvují bohoslužby, věří v Boha či

¹⁷⁰ Srov. VÁCLAVÍK, D. *Náboženství a moderní česká společnost*, s. 215.

¹⁷¹ Tamtéž.

¹⁷² Tamtéž, s. 191.

¹⁷³ Tamtéž, s. 210–211.

jsou pokřtěni, řadí Českou republiku již tradičně k jedné z nejateističtějších či nejsekulárnějších zemí v Evropě.

Jak ukazují sociologická šetření, Češi nevěří v Boha a mají odmítavý postoj k církevním institucím, což potvrzuje i nejnovější výzkum americké agentury *Pew Research Center*, který probíhal od června 2015 do července 2016 v 18 zemích střední a východní Evropy, a jehož výsledky byly zveřejněny v roce 2017. Z nich mimo jiné vyplývá, že se Česká republika v celkovém součtu řadí ke státům s nejnižší mírou religiozity. Počet ateistů v populaci tvoří 66 %, což je nejvyšší procento ze všech sledovaných zemí. Češi věří spíše než v Boha v osud (43 %) či existenci duše (44 %). Mají rovněž negativnější vztah k náboženským institucím, než ostatní respondenti v regionu. Na církvích negativně hodnotí zejména hromadění majetku, moci (55 %, medián 51 %) a přílišné zapojení do politiky (42 %, medián 39 %).¹⁷⁴

V letech 2014 – 2016 se uskutečnil výzkum společnosti *European social survey* (ESS) zaměřený na mladé lidi 21 evropských zemí včetně Ruska a Izraele jako jediné mimoevropské země. Respondenti byli dotazováni, zda věří v křesťanského Boha, zda chodí pravidelně do kostela a zda se modlí. Podle zveřejněných výsledků se ve všech zkoumaných oblastech umístili Češi na prvním místě co do negativních odpovědí. V žádného Boha nevěří 91 % Čechů ve věku od 16 do 29 let. 70 % Čechů vůbec nechodí do kostela a 80 % se nemodlí.¹⁷⁵

Od 7. do 17. září 2019 provádělo *Centrum pro výzkum veřejného mínění Akademie věd ČR* průzkum na vzorku 1046 obyvatel České republiky starších 15 let týkající se důvěry ve vybrané instituce veřejného života. Podle výsledků Češi nejvíce důvěřují policii (70 %) a armádě (69 %), nejméně církvím (24 %) a politickým stranám a hnutím (26 %). V porovnání s listopadem 2018, kdy byl průzkum rovněž prováděn, se důvěra ve vybrané instituce podstatněji nezměnila, církve se tedy spolu s politickými stranami stále „těší“ nejmenší důvěře.¹⁷⁶ Ačkoli průzkumy veřejného mínění nelze přirozeně srovnávat s vědeckými sociologickými výzkumy, naznačují tato data určitý vývojový trend, který sociologické výzkumy potvrzují.

¹⁷⁴ Srov. PEW RESEARCH CENTER. *Religious Belief and National Belonging in Central and Eastern Europe*.

¹⁷⁵ BULLIVANT, S. *Europe's Young Adults and Religion*. Findings from the European Social Survey (2014–16) to inform the 2018 Synod of Bishops. Dostupné na WWW: <<https://www.stmarys.ac.uk/research/centres/benedict-xvi/docs/2018-mar-europe-young-people-report-eng.pdf>>.

¹⁷⁶ Srov. CVVM. *Důvěra k vybraným institucím veřejného života – září 2019*. Dostupné na WWW: <https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a5011/f9/po191008.pdf>.

Oslabování zájmu o křesťanství však lze pozorovat i v jiných evropských zemích. Potvrzují to i data z řady průzkumů již zmíněné americké agentury *Pew Research Center*, které probíhaly v letech 2015 – 2017 ve 34 zemích západní, střední a východní Evropy mezi téměř 56 000 dospělými ve věku 18 a více let. Výzkumy ukázaly, že zejména v západní Evropě dochází k poklesu počtu lidí, kteří se hlásí ke křesťanství. Podíl těch, kteří se identifikují s křesťanstvím, se např. v Norsku a v Belgii snížil o 28 %. Kdysi silně katolické Španělsko vykázalo pokles o 26 %, stejný propad zaznamenalo i Nizozemsko. Ve Francii činil tento pokles 11 % a v Německu 8 %. Největší podíl ateistů má již tradičně Česká republika.¹⁷⁷

Podle socioložky D. Hamplové by se proto mohlo zdát, že v Evropě dochází k oslabování vlivu náboženství, neboť převážná většina Evropanů nechodí do kostela, nehlásí se k náboženskému vyznání a má spíše negativní vztah k církvím. Toto tvrzení se však týká pouze jednoho segmentu – tzv. institucionalizovaného náboženství. „Evropané totiž sice nechodí příliš často do kostela, ale přesto, masově, věří v nadpřirozeno a působení nemateriálních sil a jsou ochotní věnovat značný čas, pozornost i finanční prostředky na religiózní aktivity tohoto typu. V Evropě tak vítězí spíše jiná podoba náboženského vnímání světa, kterou lze nazvat alternativní či detradicionalizovanou religiozitou či spiritualitou.“¹⁷⁸ S touto „alternativní“ spiritualitou se mnohdy prolíná i křesťanský pohled na svět, a to zejména v zemích s nízkým podílem věřících křesťanů a u lidí duchovně méně vyhraněných.¹⁷⁹ Tuto zkušenost potvrzuje ze své praxe i italský kněz L. Pasqua, který se věnuje přednáškové činnosti na téma spiritismu, okultismu a magie. Podle jeho slov mnozí křesťané toto prolínání dvou odlišných světů vůbec neřeší: “Zdá se jim normální, že jdou v neděli na mši, účastní se nejrůznějších farních aktivit, navštěvují společenství, ale potom se také obracejí na mága pro radu, ke kartáři kvůli své budoucnosti, na léčitele se žádostí o vyřešení zdravotních problémů či si nechají hádat z ruky. (...) Výsledkem je zkreslená víra, pokřivené, falešné představy o Bohu a magické chápání modlitby a svátostí.“¹⁸⁰

¹⁷⁷ Srov. PEW RESEARCH CENTER. *Eastern and Western Europeans Differ on Importance of Religion, Views of Minorities, and Key Social Issues*. Dostupné na WWW:

<<https://www.pewforum.org/2018/10/29/eastern-and-western-europeans-differ-on-importance-of-religion-views-of-minorities-and-key-social-issues/>>.

¹⁷⁸ Srov. HAMPLOVÁ, D. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*, s. 14.

¹⁷⁹ Srov. HAMPLOVÁ, D. Náboženství a nadpřirozeno ve společnosti. Mezinárodní srovnání na základě empirického výzkumu ISSP (International Social Survey Programme). Sociologický ústav AV ČR, *Sociologické listy*, 2000, s. 25. Dostupné na: WWW:

<https://www.soc.cas.cz/sites/default/files/publikace/136_00-3wptext.pdf>.

¹⁸⁰ PASQUA, L. *Podvod magie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, s. 71–72.

Zájem o tzv. „alternativní“ spiritualitu lze pozorovat i v České republice. Nízký zájem o církve a s nimi spojený typ spirituality či religiozity ještě neznamená, že by Češi nevěřili v nadpřirozeno a nezajímali se o spirituální otázky. Výzkumy zároveň ukazují, že z hlediska tzv. „alternativní“ spirituality – zájmu o astrologii, víry v amulety, horoskopy, schopnosti věštců, léčitelů apod. – patří česká společnost v evropském prostoru naopak k nejreligióznějším.¹⁸¹ Jak uvádí Z. Nešpor, „Češi jsou daleko méně ne-náboženští, než by se na první pohled zdálo, přičemž jejich spirituální zájmy ovlivňují sociální jednání, spotřebu i celou řadu dalších oblastí.“¹⁸² Podle socioložky D. Hamplové jsou „lidé, kteří nevěří v existenci Boha a zároveň rozhodně odmítají existenci dalších nadpřirozených jevů, v české společnosti v naprosté menšině.“¹⁸³

Podobně jako v Evropě lze i v České republice pozorovat zájem o „alternativní“ spiritualitu také u části křesťanů. Podle výsledků jednoho ze starších výzkumů *ISSP 1998* například v římskokatolické církvi představovali největší skupinu katolíků lidé, které lze označit za duchovně nevyhraněné, a kteří se přibližně stejnou měrou přikláněli jak ke křesťanství, tak k okultismu. Jak uvádí D. Hamplová, „tradiční křesťanské věrouce věřila asi jen pětina lidí, přičemž jen 4 % katolíků by se dala označit za ‚čisté křesťany‘. (...) Výsledky naznačují, že velká část lidí, kteří se hlásí k největší české křesťanské církvi, její věrouce nevěří.“¹⁸⁴ Z novějších výzkumů přináší podobná data šetření již několikrát zmiňované americké agentury *Pew Research Center*, v němž byli respondenti mimo jiné dotazováni i na zájem o jinou, než tzv. „tradiční“, tedy křesťanskou, spiritualitu. Jak výsledky ukázaly, konzultuje v České republice 17 % katolíků horoskopy, tarotové karty či věštce a 14 % katolíků využívá služeb léčitelů v případě nemoci své či svých příbuzných. Češi spolu s Maďary také nejméně přemýšlejí o smyslu života.¹⁸⁵

¹⁸¹ Srov. tamtéž, s. 14–15; s. 74.

¹⁸² NEŠPOR, Z. R. Český Kendal. Úvodem k sociologickému studiu současné religiozity / spirituality v České Lípě a v Mikulově. In: LUŽNÝ, D., NEŠPOR, Z. R. a kol. *Náboženství v menšině: Religiozita a spiritualita v současné české společnosti*. Praha: Malvern, 2008, s. 9.

¹⁸³ HAMPLOVÁ, D. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*, s. 67.

¹⁸⁴ HAMPLOVÁ, D. *Náboženství a nadpřirozeno ve společnosti*, s. 47–48.

¹⁸⁵ PEW RESEARCH CENTER. *Religious Belief and National Belonging in Central and Eastern Europe*. Dostupné na WWW: <<https://www.pewforum.org/2017/05/10/religious-commitment-and-practices/>>.

4.2.1 „Alternativní“ spirituální zájmy Čechů v oblasti zdraví a nemoci

Jednou z oblastí, která je těmito spirituálními zájmy výrazně ovlivněna, je oblast zdraví resp. nemoci. Zde je více než kde jinde patrný zájem o terapeutickou a duchovní literaturu, léčitelství, alternativní medicínu, ale i o astrologii či výklad karet, často v rámci různých spirituálních společenství či přátelských kruhů. „Alternativní medicína a léčitelství se dnes představují veřejnosti jako specifický segment péče o zdraví a životy občanů. (...) Trh je zaplaven ‚alternativní‘ medicínskou literaturou, lékárny jsou přeplněny nejrůznějšími přírodními prostředky, homeopatiky a jinými přípravky, média hýří jejich masivní reklamou.“¹⁸⁶ Zájem o „alternativní“ léčebné metody však není záležitostí až několika posledních let. I v době před listopadem 1989 se u nás používaly nekonvenční metody, zejména ty, které byly povoleny v Sovětském svazu. Patřila k nim akupunktura, psychotronika a magnetoterapie. Tolerováni byli i léčitelé, zejména sovětští „senzibilové“. Bylinkářství a psychotronika přitom měly v některých částech republiky dlouhou tradici a znalosti byly předávány z generace na generaci.¹⁸⁷ Jak uvádí E. Křížová, „(...) státní moci se nikdy nepodařilo zcela vymýtit lidové léčitele (...). Po celá 60., 70. a 80. léta (minulého století) někteří vážně nemocní lidé navštěvovali osoby, které prosluly svými mimořádnými léčitelskými schopnostmi. (...) V průběhu sedmdesátých a osmdesátých let dokonce probíhal státem financovaný výzkum psychotroniky a přenosu energie mezi léčitelem a nemocným pod vedením prof. Kahudy, pravděpodobně inspirovaný sovětskými výzkumy telepatie a telekineze. Jeho výsledky však byly rozporuplné a po smrti hlavního řešitele byl výzkum zastaven. Dalším důležitým směrem nekonvenční péče byla od 80. let akupunktura, jež se postupně velice dobře etablovala v české medicíně (...).“¹⁸⁸

Po roce 1989 nastal velký boom nejrůznějších „alternativních“ metod a směrů zaměřených na zdraví a nemoc. „Objevila se reflexologie, aromaterapie, Bachova květová léčba, irisdiagnostika, později kineziologie, léčba dotykem, různé metody léčení vírou. Do ČR přicházeli ze zahraničí léčitelé a guruové různých náboženských sekt, věnujících se také léčbě, působili u nás věštcí, senzibilové, a zejména se v řadách

¹⁸⁶ HEŘT, J. *Alternativní medicína a léčitelství*. Praha: Nakladatelství Věra Nosková, 2011, s. 7.

¹⁸⁷ Srov. HEŘT, J. *Alternativní medicína a léčitelství*, s. 9; dále srov. KRÍŽOVÁ, E. *Alternativní medicína v České republice*. Praha: Karolinum, 2015, s. 40.

¹⁸⁸ KRÍŽOVÁ, E. *Alternativní medicína v České republice*, s. 40.

české populace objevily snad tisíce osob, které v sobě našly mimosmyslové a léčitelské schopnosti.“¹⁸⁹

V druhé polovině 90. let se „alternativní“ medicína¹⁹⁰ poprvé stala předmětem výzkumného zájmu i v České republice. V roce 1996 proběhlo šetření zdravotního stavu a spotřeby zdravotní péče příbramské a písecké populace. Šetření ukázalo, že téměř polovina dotázané populace (44,8–51,9 % žen a 36 % mužů, celkem 1000 osob) mělo vlastní zkušenost s akupunkturou, homeopatií, bylinnými kúrami, léčitelstvím či léčebnými dietami, z toho 19 % osob uvádělo opakované zkušenosti s různými směry. Podíl pozitivních hodnocení oproti negativním byl 2,6krát vyšší u mužů a 3,1krát u žen.¹⁹¹

Obdobná zjištění přinesla studie s výsledky výzkumu z roku 1999 zaměřeného na využití alternativní medicíny u českých pacientů čekajících na ošetření či vyšetření v ambulantních zdravotnických zařízeních a ordinacích některých pražských nemocnic, kterou publikovala E. Křížová v roce 2001. Z 500 dotazovaných uvedlo 68 % zkušenost s některým z pěti sledovaných alternativních směrů (akupunktura, homeopatie, bylinné léčby, léčebné diety a léčitelství).¹⁹² Jako nejčastější důvod pro návštěvu léčitele respondenti uváděli „snahu vyzkoušet všechno, co je možné“ a „nespokojenost s výsledky dosavadní léčby“.¹⁹³ Podle Křížové to odpovídá zjištěním zahraničních výzkumů, podle nichž „je to právě pragmatická snaha nemocného nalézt pro sebe efektivní způsob pomoci bez ohledu na princip, podle něhož funguje.“¹⁹⁴ Podobně *Institut pro výzkum veřejného mínění* v roce 2000 zjistil, že 21 % dotázaných osob starších 15 let někdy ve svém životě navštívilo léčitele, 24 % respondentů má zkušenost s akupunkturou či akupresurou a 77 % respondentů užívá bylinné přípravky.¹⁹⁵ Rovněž

¹⁸⁹ HEŘT, J. *Alternativní medicína a léčitelství*, s. 9.

¹⁹⁰ MUDr. Opatrná upozorňuje na problematičnost používání termínu „alternativní“ v medicíně, neboť latinské *alter* znamená druhý, opačný, v medicíně však výraz alternativní označuje různé, ale zhruba rovnocenné možnosti. „Při použití termínu *alternativní medicína* se dostáváme do těžkostí, protože pro vědecky orientovaného a lékařskou etiku ctícího lékaře znamená alternativní medicína diagnostické či terapeutické metody, které nejsou slučitelné s klasickou vědeckou medicínou, a nejsou tedy žádnou alternativou ani pro lékaře, ani pro pacienta“. OPATRná, M. *Etické problémy v onkologii*, s. 93. Protože termín „alternativní“ medicína je u nás asi nejznámější, je používán i v předkládané disertační práci.

¹⁹¹ Srov. KRÍŽOVÁ, E. *Alternativní medicína v České republice*, s. 41; s. 110.

¹⁹² Srov. KRÍŽOVÁ, E. Jak užívají čeští pacienti alternativní léčebné postupy a jak hodnotí jejich efekty? Sociologický průzkum zkušeností s alternativní medicínou a postojů k ní. *Praktický lékař*, 2001, sv. 81, č. 1, s. 32.

¹⁹³ Tamtéž, s. 37.

¹⁹⁴ Tamtéž.

¹⁹⁵ Cit. podle KRÍŽOVÁ, E. *Alternativní medicína v České republice*, s. 112.

Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v České republice z roku 2009 potvrdilo zájem respondentů o poskytovatele „alternativní“ medicíny.¹⁹⁶

Ačkoli výše uvedená data pocházejí ze starších průzkumů, je z nich patrný zájem respondentů o různé „alternativní“ možnosti léčby či péče o zdraví. Jak uvádí lékařka VFN v Praze M. Opatrná, „opakovaný orientační průzkum ukazuje, že např. na lůžkovém oddělení onkologické kliniky více než jedna třetina pacientů přiznává, že se léčí také alternativně. Kolik pacientů skutečně využívá alternativní metody, aniž se k nim přizná, zůstává velkým otazníkem.“¹⁹⁷ MUDr. Opatrná uvádí v knize *Etické problémy v onkologii* i řadu konkrétních kazuistik ze své praxe.¹⁹⁸ „Alternativní“ přitom není jen léčba, ale i různé nabídky spojení léčebné péče o tělo a duchovní život, které v sobě často kombinují prvky orientálních náboženských směrů a proudů, esoteriky, či jsou směsí různých filosofických a religiózních směrů (příkladem může být Ministerstvem kultury ČR v prosinci 2014 zaregistrovaná náboženská skupina léčitele Pfeiffera s názvem *Společenství Josefa Zzulky*, který léčebnou praxi zvanou biotronika zakotvil v náboženském systému, a kterou religionisté řadí k hnutí New Age¹⁹⁹), či různé formy osobního rozvoje.

Propojení tělesné složky se složkou duchovní při aplikaci nejrůznějších „alternativních“ metod potvrzuje např. výzkum O. Nešporové, která se zabývala Českolipskou necírkevní spirituální scénou. Jak výzkum ukázal, přicházejí klienti k nejrůznějším „specialistům“ na poradenství, sebepoznávání, rozvoj osobnosti a psychoterapii (např. rodinné konstelace, meditace) či k léčitelům v první řadě ze zájmu o vlastní tělo či osobní rozvoj, následně se však dostanou i k duchovním aspektům jako jejich nedílné součástí. Jak Nešporová uvádí: „takto to funguje i v případě léčitelství, kde je primární zdravotní problém na úrovni tělesné, se kterým přichází klienti na radu, a teprve posléze se ukáže, že způsob jeho odstranění spočívá v postupech, ve kterých hraje duchovní stránka či osobnostní proměna důležitou část.“²⁰⁰ Podobně uvádí autoři Z. Vojtíšek, P. Dušek a J. Motl, že „s některou z rovin spirituality obvykle pracují snad všechny metody tzv. alternativní medicíny. Poskytují většinou nějakou spirituální antropologii (např. nauku o čakrách či akupunkturních drahách), přicházejí s předpokladem existence pozitivní duchovní energie, odkrývají

¹⁹⁶ Srov. tamtéž.

¹⁹⁷ OPATRná, M. *Etické problémy v onkologii*, 2., přeprac. a doplň. vyd., s. 100.

¹⁹⁸ Srov. tamtéž, s. 101.

¹⁹⁹ Srov. VOJTÍŠEK, Z. Léčitelství církve. In: *Dingir: Religionistický časopis o současné náboženské scéně*, 2015, roč. 18, č. 1, s. 7.

²⁰⁰ NEŠPOROVÁ, O. Českolipská necírkevní spirituální scéna, s. 154–155.

skrytý smysl pacientových potíží a tvoří smysluplný příběh jeho života, trvají na vazbě mezi etickým chováním a zdravím (zvláště pokud pracují s předpokladem karmického zatížení), ponechávají pacienta spolupracovat na uzdravení prostřednictvím účasti na rituálech, vykonávaných samotným léčitelem nebo v osobní domácí praxi, apod.“²⁰¹ Podle výše uvedených autorů může takovéto zapojení spirituality do procesu vlastního uzdravení působit jako placebo efekt, podobně jako terapie prostřednictvím tzv. rodinných konstelací může oslovit klienty tím, že jim umožňuje účast na terapeutickém rituálu.²⁰² To může být také jedním z důvodů, proč se nemocní k různým „alternativním“ metodám léčby obracejí.

Důvodem k vyhledání nejrůznějších „alternativních“ metod v případě nemoci mohou být rovněž situace, kdy klasická medicína již není schopna řešit potíže pacientů, má nejistý výsledek, velká rizika a kdy je léčba spojena s nepříjemnými doprovodnými jevy jako např. bolestmi, nevolnostmi apod. S tím souvisí i další důvod, a sice snaha pacientů získat kontrolu nad průběhem a způsobem své léčby a možnost aktivně se na ní podílet, jak bylo uvedeno výše. Důvodem, a to i v případě zdravých klientů, může být také změna hodnotové orientace, nový životní styl, které jsou charakterizované „novou spiritualitou“. V této souvislosti je často zmiňována potřeba vnímat problémy celostně, v souvislostech a kontextu, potřeba péče o celého člověka, případně může být zohledněn i ekologický aspekt, kdy některé nekonvenční postupy jsou vnímány jako přirozené a přírodní. Zmínit lze také identifikaci s hodnotami a světonázorem, který „alternativní“ medicína nabízí.²⁰³ Jak výzkumy ukazují, „alternativní“ medicína je uživateli obvykle subjektivně pozitivně hodnocena a je schopna uspokojovat psychosociální zdravotní potřeby. Pozitivní zkušenost je spojena i s vyšší tendencí doporučit „alternativní“ léčbu u těch respondentů, kteří ji sami vyzkoušeli a hodnotí pozitivně léčebný zážitek.²⁰⁴

Shrneme-li výše uvedené, pak lze konstatovat, že změny, ke kterým došlo v České republice po roce 1989 umožnily svobodné podnikání i v oblasti různých „alternativních“ metod. Zároveň došlo po roce 1989 k výraznému vzestupu zájmu české populace o „alternativní“ duchovní směry, které jsou většinou součástí „alternativních“ léčebných metod, nejsou však zpravidla vázány na žádné církve či jiné státem uznané

²⁰¹ VOJTÍŠEK, Z., DUŠEK, P., MOTL, J. *Spiritualita v pomáhajících profesích*, s. 23.

²⁰² Srov. tamtéž, s. 23–24.

²⁰³ Srov. KŘÍŽOVÁ, E. a kol. *Alternativní medicína jako problém*, s. 19. Dále srov. KŘÍŽOVÁ, E. *Alternativní medicína v České republice*, s. 109–110.

²⁰⁴ Srov. KŘÍŽOVÁ, E. a kol. *Alternativní medicína jako problém*, s. 111–112.

náboženské společnosti.²⁰⁵ Jak upozorňuje J. Heřt, vedle konvenční medicíny vždy existovala také „alternativní“ oblast představovaná zpravidla jednotlivci – léčiteli, většinou bylinkáři. Dnešní „alternativa“ vědecké medicíny však má zcela jinou podobu. „Je to široce rozvinutá a organizovaná sféra s vlastní, jinou filozofií (paradigmatem). Místo racionality a kritického myšlení operuje AM duchovními principy, tajuplnými energiemi, esoterikou a magií. (...) Hledá se inspirace v mystice, záhadách, tajemstvích, v magii. Rozvinula se alternativní kultura, (...) objevily se nové sekty, renesanci prožívají alchymie a zejména astrologie (...). Rozvoj alternativní medicíny plně zapadá do tohoto trendu.“²⁰⁶ Obojí umožnilo nebývalou a stále rostoucí oblibu těchto „alternativ“ např. u onkologických pacientů, jak upozorňuje M. Opatrná,²⁰⁷ ale jak výzkumy ukazují, nejen u nich.

4.2.2 Péče o nemocné jako pozitivně vnímaná činnost církve

Předchozí kapitoly ukázaly, že Česká republika patří k zemím, v nichž má tzv. „tradiční“ spiritualita reprezentovaná křesťanstvím relativně velmi malý vliv, panuje zde nízká důvěra vůči církvím, na druhé straně však výzkumy rovněž ukázaly, že odmítání křesťanství neznamena odmítání víry v nadpřirozeno jako celek a že se v české populaci udržuje poměrně vysoká víra v nadpřirozené jevy, tzv. „alternativní“ spiritualita. I přes nízkou důvěru vůči církvím jako institucím veřejného života, která je patrná z výzkumů veřejného mínění, Češi pozitivně hodnotí některé aktivity církví a vnímají je jako důležité pro společnost.

Ve dnech 23. dubna až 7. května 2014 se uskutečnil celorepublikový průzkum iniciovaný v rámci celosvětového průzkumu religiozity agenturami *Proximity* a *Ipsos* mezi 1020 dotazovanými z různých částí České republiky. Výsledky mimo jiné ukázaly, že katolická církev je považována za nejvýznamnější církev v České republice a přes 60 % dotazovaných se domnívá, že jsou její aktivity přínosné pro společnost. Respondenti nejvíce oceňovali péči o staré a nemocné (78 %), dále hospicovou péči (77 %), charitativní sbírky (72 %) a provoz nemocnic a azylových domů (72 %).

²⁰⁵ Srov. OPATRná, M. *Etické problémy v onkologii*, 2., přeprac. a doplň. vyd., s. 98–99.

²⁰⁶ HEŘT, J. *Alternativní medicína a léčitelství*, s. 217–218.

²⁰⁷ Srov. OPATRná, M. *Etické problémy v onkologii*, 2., přeprac. a doplň. vyd., s. 99.

Vysoce hodnocena byla rovněž duchovní opora, kterou církev lidem poskytuje (70 %).²⁰⁸

Již v roce 2012 řekl kardinál Dominik Duka v rozhovoru pro *Katolický týdeník* v souvislosti s církevními restitucemi, že by katolická církev měla být více otevřená společnosti a akcentovat službu společnosti ve formě charity: „Církev rovněž bude muset být otevřenější. (...) V naší zemi i církvi musíme vytvořit prostředí spolupráce v duchu služby společnosti. Je to především služba duchovní, ale církev nemluví jen o spáse duší, nýbrž i o spáse člověka. Ruku v ruce s bohoslužebnou formou a hlásáním evangelia jde tedy charitní služba! Máme v této oblasti pomáhat společnosti především tam, kde to stát tak dobře neumí.“²⁰⁹ Na základě tohoto rozhovoru se někteří politici následně vyjádřili k tomu, v čem by se měla církev ve společnosti angažovat. Vedle oblasti sociální, charitativní, kulturní či vzdělávací byla zmiňována rovněž péče o staré, nemocné a umírající.

Podle J. Plachého (ODS) má církev sloužit celé společnosti, nejen věřícím, a to zejména v oblasti školství, charity a zdravotnictví: „Církev by se měla více angažovat ve zdravotnictví. Ještě si pamatuji z dětství, že v Kyjově sloužily řádové sestry, které vykonávaly svou službu s láskou a jako povolání ke službě Bohu a svým bližním. To může pomoci i šíření evangelia, protože i nemocný člověk v péči věřících či řádových sester skrze jejich lásku poznává lásku a obětavost Kristovu, která z nich vyrazuje.“²¹⁰

Někdejší předseda KDU-ČSL P. Bělobrádek vidí prostor pro pomoc bližním v hospicové péči. „(...) Existuje spousta lidí, kteří mají sociální potíže. Mnoho především starých lidí je opuštěných a ztrácí smysl života, cítí se být zbyteční a nevidí světlo a chtějí by třeba odejít ze života. Církev by těmto lidem měla pomoci a ukázat jim, že každá lidská bytost má hodnotu a křesťané jim chtějí poskytnout svou péči. Čili velký prostor vidím třeba v hospicové péči, aby staří lidé viděli, že nejsou sami a že řadě lidí na nich záleží.“²¹¹

Současný místopředseda hnutí Starostové a nezávislí P. Gazdík vidí potenciál církve např. v oblasti školství, ale také ve zdravotnictví: „Církev byla vždy v minulosti jedním

²⁰⁸ Srov. CÍRKEV.cz. *Výzkum: Modlitba či Desatero nejsou Čechům neznámé*. Dostupné na WWW: <<https://www.cirkev.cz/archiv/141003-vyzkum-modlitba-ci-desatero-nejsou-cechum-nezname>>

²⁰⁹ DUKA, D., MACHÁNĚ, J. Mnohem větší roli bude hrát duch solidarity. *Katolický týdeník*, 2012, roč. 23, č. 12.

²¹⁰ STAROSTOVÉ A NEZÁVISLÍ. *Tohle pro vás může vykonat církev. Nechce miliardy zadarmo*. Dostupné na WWW: <<https://www.starostove-nezavisli.cz/info-a-media/komentare/tohle-pro-vas-muze-vykonat-cirkev-nechce-miliardy-zadarmo>>.

²¹¹ Tamtéž.

z pilířů sociálního a vzdělávacího systému a byl bych rád, aby tomu tak bylo i v budoucnu. Je zde prostor pro církevní zdravotnictví, hospice, vzdělávání.“²¹²

Výše uvedená vyjádření politiků, ačkoli souvisela primárně s církevními restitucemi a otázkami spojenými se způsobem nakládání církví s navrácenými prostředky, nicméně korespondují s názory české veřejnosti na péči církví o potřebné, která je Čechy obecně kladně hodnocena. Z novějších výzkumů to potvrzuje již několikrát zmíněný výzkum agentury *Pew Research Center*, podle jehož výsledků se nemalá část Čechů domnívá, že náboženské instituce posilují morálku ve společnosti (40 %, medián 53 %), spojují lidi a posilují sociální vazby (46 %, medián 55 %) a především hrají důležitou roli v pomoci chudým a potřebným (ČR 51 %, medián 50 %),²¹³ a publikace ČBK zveřejněná v roce 2018 informující o vztahu obyvatel České republiky k víře, náboženství a katolické církvi. Z dat uvedených v této publikaci vyplývá, že nejlépe hodnocené služby poskytované ŘKC jsou církevní služby a rovněž zdravotní péče.²¹⁴

Z výše uvedených informací je patrné, že ačkoli je význam církví v české společnosti oslaben, hodnotí Češi některé jejich aktivity velmi pozitivně, a to zejména péči o staré, nemocné a umírající, stejně jako pomoc chudým a potřebným. Péče o potřebné je tedy i v „ateistické“ české společnosti vnímána jako základní poslání a neoddělitelná součást činnosti církve(i), které je srozumitelné i pro nevěřící či tzv. „alternativně“ věřící Čechy. Zdeněk R. Nešpor hovoří v této souvislosti o tzv. zástupné funkci etablovaných církví. V mnoha evropských zemích se podle Nešpora etablované církve transformovaly do podoby poskytovatelů duchovních a sociálních služeb pro širší společenství, které nezahrnuje pouze členy dané církve. Církve tak např. plní „nezastupitelnou roli jako hlavní vykonavatel pohřebních obřadů, byť je to jen jeden z případů schopnosti poskytovat útěchu v situacích osobních či celospolečenských krizí – a to i pro nečleny (...).“²¹⁵ Také v České republice se ukazuje, že „velká část společnosti v určitých situacích vyhledává službu a pomoc církví – pokud je jim přístupná a nevtíravá. Všichni přitom stojí o neinvazivní a neautoritativní, „nevnucované křesťanství“ (...). Jeho služeb

²¹² Tamtéž.

²¹³ Srov. PEW RESEARCH CENTER. *Religious Belief and National Belonging in Central and Eastern Europe*.

²¹⁴ Srov. ČBK. *Víra v Boha a vztah k církvi v České republice*. Dostupné na WWW:

<https://cbk.blob.core.windows.net/cms/ContentItems/28085_28085/brozura-vira-v-boha-archiv.pdf>.

²¹⁵ NEŠPOR, Z. R. Postsekularismus po česku? Ne/religiozita současné české společnosti mezi Východem a Západem. In: *Střed / Centre: Časopis pro mezioborová studia střední Evropy 19. a 20. století*, roč. 2018, č. 1, s. 112.

lze využít, když je to zapotřebí, aniž by to člověka nutilo k trvalé participaci a / nebo přijetí všeho, co v rovině víry nebo jednání dané společností teoreticky požaduje.“²¹⁶

Zájem o duchovní péči je podle Nešpora patrný zejména v náročných či složitých osobních životních situacích jako je např. rozvod, ale také sňatek či narození dítěte, nebo v období společenských krizí – příkladem může být truchlení po smrti Václava Havla. S „poptávkou“ po duchovní péči se lze rovněž setkat v psychicky náročných prostředích, jakými jsou např. nemocnice, hospice, vězení či armáda, v nichž je nabízena a poskytována služba a pomoc církví v osobách kaplanů. Stále častější bývá i účast představitelů etablovaných církví na různých slavnostech pořádaných místními a regionálními orgány či neziskovým sektorem.²¹⁷ Jak Nešpor uvádí, „v těchto ohledech se zdá, že etablované církve nebo přinejmenším některé z nich (římskokatolická církev, někde rovněž evangelická církev a na východě českého Slezska určitě Slezská církev evangelická) začínají fungovat zástupně i v silně odcírkevněné a vůči křesťanským církvím nevraživé české společnosti.“²¹⁸ Ačkoli se tedy Češi staví k církvím spíše negativně a „většina ‚něcistů‘ a ‚apatheistů‘ netouží po tom, aby se stala standardními členy církví, a také se jimi nikdy nestane, má zájem o příležitostnou službu etablovaných církví, kterou považuje za standardní součást sociálního provozu,²¹⁹ byť se většinou jedná jen o dočasný zájem. V tomto kontextu je proto třeba rozumět pozitivně hodnocené péči o potřebné poskytované církvemi, i když je vztah české veřejnosti k církvím jinak spíše negativní.

4.3 Shrnutí

Kapitola čtyři v rámci kroku *Kairologie* ukázala, že zatímco po listopadu 1989 si církve, zejména církve katolická jako symbol odporu proti komunismu, ještě zachovávaly značnou prestiž, došlo v následujících letech k oslabování jejich významu. V průběhu 90. let 20. století se zásadním způsobem proměnily postoje české společnosti týkající se deklarace vlastního vyznání. Relativně výrazným faktorem přitom byla narůstající distance od náboženských institucí. V české společnosti se začala naplno projevit demonopolizace a deinstitucionalizace náboženského života. Úpadek institucionalizované religiozity následně potvrdila i data ze sociologických šetření. Tato

²¹⁶ Tamtéž, s. 114.

²¹⁷ Srov. tamtéž.

²¹⁸ Tamtéž.

²¹⁹ Tamtéž, s. 116.

data mimo jiné ukázala, že vysoký počet lidí, kteří se v české společnosti v období po tzv. sametové revoluci identifikovali s náboženstvím a konkrétní církví, byl dán z části jejich negativním vymezením se vůči bývalému režimu, což v následujících letech potvrdila opětovná nedůvěra vůči náboženským institucím. Významnou roli v klesajícím zájmu o tradiční církve sehrála rovněž pluralizace české společnosti v 90. letech 20. století, která se projevila i v oblasti náboženství: výraznou měrou narostl počet náboženských skupin a směrů, které u nás začaly působit a spolu s pluralizací společnosti došlo k privatizaci náboženského života ve smyslu jeho odcírkevnění, individualizace a detradicionalizace. Oslabování postavení a významu tradičních církví pokračovalo i v následujících letech. Výsledky sociologických šetření zaměřených na výzkum podílu obyvatel, kteří se hlásí k náboženskému vyznání, navštěvují bohoslužby, věří v Boha či jsou pokřtěni, ukázaly, že Česká republika dnes podle těchto ukazatelů patří k jedné z nejateističtějších či nejsekulárnějších zemí v Evropě.

I přes přetrvávající nedůvěru v náboženské instituce a nízkou míru deklarované religiozity je však v české společnosti patrný značný zájem o tzv. „alternativní“ spiritualitu. Jak již bylo uvedeno, Češi neprojevují velký zájem o organizované církevní náboženství vycházející z křesťanské tradice a ve srovnání s jinými státy Evropy jsou na předním místě v negativních odpovědích pokud jde o víru v Boha či návštěvu bohoslužeb. Data ze sociologických výzkumů však zároveň ukazují, že poměrně velká část Čechů věří v existenci nadpřirozených jevů. Pokud jde o tzv. „alternativní“ spiritualitu – zájem o astrologii, víru v amulety, horoskopy, schopnosti věštců, léčitelů apod. – patří česká společnost v evropském prostoru naopak k nejreligióznějším. Jak uvádí V. Kodet, „žijeme ve společnosti, která už dávno není formována křesťanským pohledem na svět. (...) Období racionalismu a materialismu vystřídal v naší společnosti rostoucí zájem o věci duchovní a duševní, což na první pohled vypadá velmi lákavě (...). Lidé si však chtějí náboženství a boha vybrat podle svého (...) a otvírají se duchovnímu světu bez nároků na své osobní obrácení. (...) Svět andělů, duchovních bytostí, energií a rituálů fascinuje stále více lidí a obchod s tímto ‚zbožím‘ se stal obrovským byznysem.“²²⁰ Podle Z. Nešpora jsou tak „Češi daleko méně ne-náboženští,

²²⁰ KODET, V. *Křesťanství a okultní praktiky: 25 otázek a odpovědí*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2019, s. 5–6.

než by se na první pohled zdálo, přičemž jejich spirituální zájmy ovlivňují sociální jednání, spotřebu i celou řadu dalších oblastí.“²²¹

Jednou z oblastí, která je těmito spirituálními zájmy výrazně ovlivněna, je oblast zdraví a zejména nemoci. Nebývalý boom nejrůznějších „alternativních“ metod a směrů po roce 1989 se promítl i do segmentu péče o zdraví. Jak ukázaly průzkumy zaměřené na zkušenost české populace s „alternativní“ medicínou, těší se právě tzv. „alternativní“ medicína spolu s léčitelstvím značnému zájmu obyvatel České republiky a jak průzkumy dále ukázaly, je tato „alternativa“ schopna – při pozitivní zkušenosti s léčebným zážitkem – saturovat psychosociální zdravotní potřeby jejich uživatelů. Nemocní lidé spojují svůj zájem o nejrůznější alternativní metody s hledáním konkrétní a rychlé pomoci v oblasti fyzických či psychických problémů, často však také problémů vztahových a pracovních, nebo s hledáním odpovědí ohledně své budoucnosti.²²²

Ačkoli by se z výše uvedeného mohlo zdát, že církve resp. církve jsou schopny oslovit jen zlomek populace české společnosti, a to zejména ty, kteří se deklarují jako věřící, a že většina Čechů se o činnost církví nezajímá, ukázaly výzkumy veřejného mínění, že i „ateističtí“ Češi pozitivně hodnotí některé aktivity církví a vnímají je jako důležité pro společnost. Vedle charitativních sbírek Češi oceňují zejména péči o staré a nemocné lidi, hospicovou péči a také provoz nemocnic a azylových domů. Vysoce hodnocena je rovněž duchovní opora, kterou církve lidem poskytují. To ostatně potvrdili i politici dotázaní na toto téma v souvislosti s církevními restitucemi. Službu, kterou církve mohou poskytovat společnosti, spatřují mj. v oblasti kulturní, vzdělávací a především pak v oblasti sociální, charitativní a zdravotnické.

I přes nízkou důvěru v církve, na nichž Češi kritizují zejména hromadění majetku, moci a přílišné zapojení do politiky, tak existují oblasti, v nichž je činnost církve(i) hodnocena i v „ateistickém“ českém prostředí velmi pozitivně, je vnímána jako přínosná pro společnost a jak průzkumy naznačují, dokáže oslovit i ty Čechy, kteří jsou jinak vůči církvím lhostejní.

²²¹ NEŠPOR, Z. R. Český Kendal. Úvodem k sociologickému studiu současné religiozity / spirituality v České Lípě a v Mikulově, s. 9.

²²² Srov. KODET, V. *Křesťanství a okultní praktiky: 25 otázek a odpovědí*, s. 7.

5 Praxe církve v oblasti péče o nemocné

Jednou z činností, která byla v průzkumech veřejného mínění Čechy hodnocena jako důležitá, pro společnost potřebná, a kterou Češi na církvích oceňují, je služba starým, nemocným a umírajícím lidem. Tato služba vždy patřila k identitě církve, k jejímu vlastnímu a nejnvtírnějšímu úkolu. „Člověk je první a základní cestou církve“,²²³ napsal v encyklice *Redemptor hominis* papež Jan Pavel II. a v postsynodním apoštolském listu *Christifideles laici* tuto větu doplnil o dimenzi utrpení: „Trpící člověk je cestou církve, protože je především cestou Krista (...)“,²²⁴ který neprochází kolem člověka v nouzi, aniž by ho tato nouze nechala netečným.²²⁵ „Navštěvovat nemocné“, „těšit zarmoucené“, „modlit se za živé a mrtvé“ patří ke skutkům tělesného a duchovního milosrdenství, tedy k činům, kterými křesťané mohou napodobovat Boží lásku k lidem (srov. L 6,36), neboť jak je řečeno v Listu Jakubově, „víra bez skutků je mrtvá“ (Jk 2,26b). Tyto skutky tělesného a duchovního milosrdenství jsou odpovědí na nouzi lidí, s nimiž se Ježíš ztotožňuje (srov. Mt 25,31–46; L 10,25–37), a která má nejrůznější podoby. I v dnešní době tak patří péče o nemocné a umírající k neoddělitelné součásti činnosti církve(i) a k jejímu základnímu poslání, které je srozumitelné i těm, kteří se jinak o církve nezajímají či se k nim staví negativně.

5.1 Nemocný v mezní životní situaci jako adresát „opce pro chudé“

Nemoc představuje pro pacienta téměř vždy mimořádnou událost, náročnou životní situaci, či dokonce osobní tragédii, zhroucení všech jistot. Konfrontuje člověka s vlastní zranitelností, konečností, pomíjivostí, zpochybňuje dosavadní jistoty a staví člověka před zásadní otázky vlastní existence. Lidé s vážnou či život ohrožující nemocí trpí kromě fyzické bolesti často i strádáním psychickým. Snaží se své obavy, úzkosti, smutek potlačit, aby nevzbuzovali pocit bezmoci, mnozí se obávají, že se setkají s nepochopením či odmítnutím a zůstávají se svými obavami a úzkostmi raději sami, čímž ještě více prohlubují krizi, kterou prožívají.

²²³ RH 14.

²²⁴ CHL 53.

²²⁵ Srov. HERBERHOLD, K. „Ich kenne ihr Leid“ (Ex 3,7): Notfallseelsorge in Deutschland. In: BAUMANN, K., NOTHELLE-WILDFEUER, U. (ed.) *Studien zur Theologie und Praxis der Caritas und Sozialen Pastoral*, sv. 29. Würzburg: Echter, 2014, s. 149.

Pobyt v nemocnici, byť i krátkodobý, ovlivňuje a mění životní situaci pacienta. Nemocný je vytržen ze svého obvyklého a důvěrně známého prostředí i sociálních vazeb, ocitá se v cizím prostředí, které ho zneklidňuje a znejistuje. Je omezován řadou faktorů, k nimž patří především denní režim oddělení, spolupacienti na pokoji, nucený klid na lůžku či potřeba být neustále k dispozici pro různá vyšetření a odběry. To může v pacientovi vzbuzovat pocit závislosti a nesamostatnosti, narušení intimní sféry, nejistoty při vyšetřeních, obavy ze stanovení diagnózy a může proto pociťovat strach a úzkost. Sdělení diagnózy může navíc pacient vnímat jako informaci čistě medicínsko-technického rázu postrádající potřebnou empatii a podporu ze strany ošetřujícího lékaře, a toto vše může vést pacienta k pocitu, že je pouhým „objektem“ lékařské péče.²²⁶ Jak v této souvislosti uvádí M. Vácha: „V České republice je zdravotní péče na tradičně vysoké úrovni a ze tří oblastí, které by si mladý lékař ze školy měl odnést (‘knowledge, skills, attitudes’ – tedy znalosti, dovednosti a přístup), jsou absolventi lékařských fakult v prvních dvou na světové špičce. (...) Pokud si čeští pacienti na něco stěžují, tak to je symptomaticky právě otázka ‚attitudes‘, tedy nejčastěji na necitlivý přístup, nevládnutou komunikaci, nezachování etických standardů etc.“²²⁷

Výše uvedené potvrzuje i H. Haškovcová, podle které prodělal vztah lékař – pacient výraznou proměnu od původně paternalistického vztahu směrem k praktickému, profesionálnímu partnerství. Zatímco lékař minulosti si byl zpravidla vědom své velké moci na jedné straně, zároveň však i svých omezených diagnostických a léčebných možností na straně druhé, a proto v případech, kdy již nemohl pomoci, uplatňoval laskavou, osobní a vstřícnou péči, která dobře korespondovala především s potřebami těžce nemocných a umírajících, došlo dnes k rozvolnění vztahu mezi lékařem a pacientem v důsledku jednostranné orientace lékařů na zápas a vítězný boj s nemocí. Role dnešních lékařů je podle Haškovcové determinována především potřebou profesionálního zvládnutí nejrůznějších diagnostických a léčebných postupů, jejichž množství vyžaduje výraznou specializaci, v jejímž důsledku participují na péči o nemocného nezřídka celé týmy odborníků, což s sebou logicky nese odosobnění přístupu k nemocným. To se promítá zejména do situace dlouhodobě a nevléčitelně nemocných, kteří postrádají osobní přístup a péči lékařů, tedy to, co po staletí tvořilo

²²⁶ Srov. ŠPATENKOVÁ, N. KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, s. 79.

²²⁷ VÁCHA, M. Architektem vlastní léčby. In: *Lidové noviny*, 2010, roč. XXIII., č. 257, s. 12.

integrální součást medicíny.²²⁸ Pacient je v péči profesionálních týmů zdravotníků, obklopen moderními přístroji, často však umírá sám, bez přítomnosti, blízkosti a podpory své rodiny či přátel, oddělený za bílou zástěnou nebo v pokoji s ostatními pacienty. Umírání tak zpravidla není sociálním aktem jako je tomu v domácím prostředí či v hospicích, kde mohou s pacientem sdílet společný pokoj jeho blízcí až do okamžiku jeho smrti, což je v některých zdravotnických zařízeních možné v případě volné lůžkové kapacity pouze na tzv. nadstandardních pokojích či u dítěte mladšího osmnácti let, a kde tudíž mohou být lépe zohledněny potřeby člověka, který se blíží smrti.

V době technické, vysoce specializované, tzv. omnipotentní medicíny, se tak stále častěji ozývá volání po její opětné humanizaci, tj. obohacení o dimenzi lidské účastné pomoci. „Požadavkem dne“ se podle Haškovcové stává adekvátní psychologická pomoc a emoční podpora, která však nemůže být pouhou, v jednotlivých případech libovolně indikovanou, „nadstavbou“, nýbrž se musí stát integrální součástí moderní lékařské péče.²²⁹ Díky hospicovému hnutí a rozvoji paliativní péče sice dochází ke zlepšení komunikace mezi lékaři a nemocnými, humanizace medicíny však pokračuje pomalu, což představuje problém zejména u onkologických pacientů. „Z dlouhodobého sledování žen, které umíraly na rakovinu prsu, bylo (...) zjištěno, že nejtěžší stránkou jejich situace byla značná komunikační izolovanost. Lékaři se omezovali na stručnou informaci, že ‚všechno se dobře hojí‘, v rodině se všichni falešně snažili odvést pozornost a příchozí návštěvníci (pokud se návštěvě raději nevyhnuli) mluvili o věcech pokud možno banálních. Avšak většina lidí si je vědoma svého stavu (...) a touží po otevřeném a pravdivém dialogu, kterého se jim však zpravidla nedostane.“²³⁰

Ačkoli od vyjádření výše uvedených autorů uplynulo již několik let, zůstává právě komunikace lékařů s pacientem a otázka humanizace medicíny aktuální i v současné době. M. Vácha své prohlášení, učiněné před deseti lety, zopakoval na sklonku loňského roku v rozhovoru pro iDNES.cz. Podle Váchy se komunikace mezi lékařem a pacientem sice zlepšuje, stále však není ideální: „Pokud si čeští pacienti na něco stěžují, pak téměř nikdy ani na nedostatečné znalosti lékařů a ani na jejich nedostatečné dovednosti. Ve většině případů jsou to právě nedostatky v přístupu k pacientům, kdy je lékař nekomunikativní, arogantní a podobně. Tedy z té známé

²²⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, s. 19–21.

²²⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2002, s. 63–64.

²³⁰ LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 214.

trojnožky „znalosti, dovednosti, postoje“ máme v Čechách největší prostor na zlepšení právě v tom třetím sloupu, v otázce komunikace, postojů.²³¹ Slova H. Haškovcové potvrzuje ve své knize z roku 2017 MUDr. M. Opatrná: „Vývoj v medicíně na jednu stranu zaznamenává další urychlení v technologiích a nových metodách terapie, na druhou stranu díky rozvoji hospicového hnutí a paliativní medicíny a péče nastal určitý zvrat a začalo se zejména na přelomu století více dbát na vztah lékař – pacient a na komunikaci mezi nemocnými a zdravotnickým personálem. Přesto se stále právě v komunikaci setkáváme s výstřelky, které ukazují, že humanizace medicíny postupuje pomalu.“²³² Opatrná uvádí jeden z příkladů takovéto špatné a nevhodné komunikace: „Po posledním vyšetření žaludku přišel za mnou do pokoje, kde jsem ležela sama, primář zdejší chirurgie a stroze mi oznámil: Bohužel, potvrdila se naše obava. Máte nádor v žaludku, zítra pojedete na ‚Karlák‘ domluvit si další léčení. Ať je vám útěchou, že jsme na to přišli včas. KONEC, odchod. Spadl mi svět (...). Zvoním na sestru. S někým musím mluvit! Přišla s brožurou o chemoterapii. Nechci to číst, chci s někým mluvit!!! Slyším jen: ‚Budete se léčit na onkologii jako jiní třeba na očním nebo na chirurgii.‘ Ale to přece tak NENÍ!!! Chci mluvit znovu s primářem. Prý proč? Opět stroze – v Praze vám to vysvětlí. Bulím. Spravedlnost není. To je hrozné. Odpověď sestry: ‚To teprve BUDE hrozné!‘“²³³ Opatrná v této souvislosti upozorňuje, že „pro pacienta je hodně náročné akceptovat informaci a danou situaci, je-li tato navíc zatížena zcela nevhodným chováním zdravotníků, stává se naprosto neúnosným břemenem.“²³⁴

V těchto mezních životních situacích potřebují pacienti kromě odborné lékařské péče zejména přítomnost blízkého člověka, který je bude na jejich nesnadné cestě doprovázet, naslouchat jim a který jim pomůže sdílet a spolunést jejich obavy a úzkosti. Jak napsala H. Haškovcová: „Mezi námi žije mnoho lidí, kteří jsou vážně, dlouhodobě nebo nevléčitelně nemocní a kteří potřebují kromě profesionální lékařské pomoci také pomoc psychologickou a lidskou. Naše praktická medicína je charakterizována mlčením; nemocným se dostává péče, ve které je akcentována přírodovědecká orientace. Jenomže trpící potřebují ještě pomoc jiného druhu. Chtějí pochopitelně alespoň v hrubých rysech vědět, co je čeká a co nemine, potřebují se ve změněné životní situaci orientovat a touží zcela logicky po výrazné emoční podpoře. O problémech,

²³¹ iDNES.cz *Chování lékařů dál trápí pacienty, i když se situace zlepšuje, říká expert*. Dostupné na WWW: <https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/rozhovor-komunikace-zdravotnicstvi-konflikty-mezilekari-a-pacienty.A191211_123809_domaci_linv>.

²³² OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*, 2., přeprac. a doplň. vyd., s. 74.

²³³ Tamtéž, s. 75.

²³⁴ Tamtéž, s. 76.

keré se váží k nemoci a keré současně tuto nemoc překračují, si přejí především hovořit.“²³⁵ Nemoc je pro pacienta v každém případě vždy velmi osobní záležitostí, vyžaduje proto citlivý přístup, empatii, pochopení a individuální, mimořádný přístup ke všem jeho potřebám.²³⁶

Ze všech výše uvedených důvodů představuje prostředí nemocnice onen kontext, v němž může církev, následující příklad Ježíše Krista v jeho zájmu o nemocné a příklonu k nim (srov. např. Mk 1,32–34), sloužit pacientům jako „potřebným dnešní doby“, jako adresátům „opce pro chudé“, jak uvádí M. Klessmann.²³⁷ Jedná se zejména o pacienty tzv. „na okraji“, tedy o pacienty, kteří na svou nemoc reagují neklidem, strachem, případně agresivitou, dále o pacienty nevléčitelně nemocné a umírající, o pacienty psychiatrické, staré lidi, tedy o všechny ty, kteří trpí informačním deficitem, nedostatkem respektu a úcty, obavou ze ztráty důstojnosti, nerespektování přání v souvislosti s další léčbou, z umírání, a kteří nemocnici vnímají jako prostředí, v němž se pacient mění na pouhý objekt lékařské péče.²³⁸

Závažné onemocnění znamená pro pacienta a jeho blízké téměř vždy krizi, která postihuje všechny složky člověka: tělesnou, duševní, duchovní, existenciální i sociální. Právě v této obtížné životní fázi může církev nabídnout pomoc v podobě modlitby, svátostí, návštěvy nemocných (jedním ze sedmi skutků tělesného milosrdenství) a jejich doprovázení, stejně jako doprovázení příbuzných nemocného pacienta, kteří jsou sami často těžce zasaženi a zkoušeni bolestí a úzkostí, služby přítomností a poskytnutí prostoru pro tematizaci otázek či obav pacientů, ale i vyjádření jejich emocí. Pastorační činnost církve v nemocnicích tak může přispívat k onomu výše zmíněnému „obohacení medicíny o dimenzi lidské účasti“, o kterém hovoří H. Haškovcová. V přístupu k nemocnému zprostředkovává lékařům a dalším zdravotnickým pracovníkům křesťanský pohled na člověka vycházející z biblického obrazu člověka (Gn 1,26), z něhož pro každého pacienta vyplývá stejná úcta, důstojnost a nedotknutelnost jeho života od početí až po přirozenou smrt. Odkazuje rovněž na duchovní dimenzi života, na existenciální i duchovní rozměr utrpení, nemoci a smrti a zdůrazňuje, že „ve středu křesťanského pojetí medicíny nestojí osoba lékaře, nýbrž osoba nemocného“.²³⁹

²³⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život (kapitoly z psychoonkologie)*. Praha: 3. LF UK, 1991, s. 2.

²³⁶ Srov. ŠPATENKOVÁ, N. KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 79.

²³⁷ Srov. KLESSMANN, M. *Die prophetische Dimension der Seelsorge im Krankenhaus*, s. 285.

²³⁸ Srov. tamtéž, s. 285–292.

²³⁹ HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. Brno: Cesta, 1991, s. 15.

5.2 Křesťanský koncept služby nemocným: klinická pastorační péče

Péče o nemocné prochází celými dějinami církve; po vzoru Ježíše, který soucítit s trpícími, uzdravoval nemocné a sám „nesl naše nemoci, vzal na sebe naše bolesti, byl proklán pro naši nevěrnost, zmučen pro naši nepravost“ (Iz 53,4–5), církev „navštěvuje nemocné, přináší jim posilu svátostného pomazání a eucharistie, provází je modlitbami během jejich nemoci a ve chvíli, kdy se loučí s tímto světem, je odporoučí Bohu. Když církev věnují péči nemocným, slouží tím samotnému Kristu (srov. Mt 25,39–40), plní jeho příkaz pečovat o nemocné (srov. Mk 16,18)²⁴⁰ a touto službou (*diakonia*), která je výrazem víry a lásky (*caritas*), následují Ježíše Krista, neboť „v Kristu Ježíši nezáleží na tom, je-li někdo obřezán či ne; rozhodující je víra, která se uplatňuje láskou“ (Ga 5,6). Kontinuita této péče nebyla zcela přerušena ani v době komunistického režimu, byla však výrazně omezena a znesnadněna. Návštěvy nemocných ve zdravotnických zařízeních se směly konat pouze dvě hodiny zpravidla ve středu a v neděli a přítomnost duchovního byla většinou tajná, jak dosvědčují sami kněží. „Návštěvy kněží v nemocnicích u lůžek dlouhodobě nemocných a umírajících se musely konat ve skrytosti, jako by šlo jen o osobní záležitost.“²⁴¹ Teprve po pádu totalitního režimu mohly církve opět naplno rozvinout svou činnost mj. i v oblasti pastorační péče o nemocné a v nemocnicích se mohla začít etablovat klinická pastorační péče poskytovaná nemocničními kaplany.

5.2.1 Stručný pohled do vývoje klinické pastorační péče u nás

Po tzv. sametové revoluci v listopadu 1989 se před církvemi po mnoha letech nesvobody znovu otevřela možnost začít naplno a veřejně rozvíjet svou činnost ve svobodné, demokratické, pluralitní společnosti. Křesťanské církve se tak mohly mimo jiné znovu plně angažovat na poli sociálně-charitativním, kulturním či vzdělávacím a spolupracovat s resorty, jako je např. armáda, vězeňství, policie či zdravotnictví. Církve, „vědomy si společného poslání sloužit potřebným a lidem v obtížných životních situacích, vydávat svědectví o křesťanské víře a naději“, uzavřely postupně s příslušnými resorty dohody o duchovní péči o vojáky, vězně, příslušníky PČR a HZS

²⁴⁰ *Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, s. 5.

²⁴¹ DUKA, D., BADAL, M. *Bílá kniha církve s černou kapitolou: 20 let svobody 1989–2009*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009, s. 51.

ČR. V roce 1998 byla jako první uzavřena mezi představiteli ERC a ČBK *Smlouva o podmínkách vzniku a působení duchovní služby v resortu ministerstva obrany*, jejíž součástí je *Dohoda o spolupráci mezi Ministerstvem obrany, ERC a ČBK*. V *Dohodě* je mimo jiné vymezena duchovní služba, status vojenských duchovních, náplň práce, jejich ustanovování a odvolávání, vzdělávání, zabezpečení činnosti vojenských duchovních aj.²⁴²

V srpnu 2008 byla nařízením č. 41 generálního ředitele Vězeňské služby České republiky vyhlášena *Dohoda o duchovní službě*, uzavřená mezi představiteli ERC, ČBK a Vězeňské služby s cílem „stanovit v souladu s právními předpisy podmínky pro vzájemnou spolupráci a pomoc (...) při duchovním a výchovném působení na obviněné, odsouzené a chovance ve výkonu zabezpečovací detence“.²⁴³ Následně došlo v roce 2011 mezi ERC, ČBK a Ministerstvem vnitra ČR k uzavření *Dohody o účasti osob vykonávajících duchovenskou službu na systému poskytování posttraumatické intervenční péče*, kdy účelem *Dohody* bylo „upravit poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům PČR a HZS ČR, zaměstnancům PČR a Ministerstva vnitra, jejich rodinným příslušníkům, osobám blízkým a osobám z řad veřejnosti, tj. obětem mimořádných událostí nebo trestných činů, osobami, které vykonávají duchovenskou činnost.“²⁴⁴ Tato dohoda měla být obnovena po třech letech, v říjnu 2014, ale nestalo se tak. V průběhu psaní této disertační práce však nabývala konkrétnější podoby a následně byla 14. dubna 2020 mezi ČBK a ERC podepsána *Dohoda o podmínkách vzniku a působení duchovní služby v prostoru Policie České republiky a u ostatních bezpečnostních sborů*.²⁴⁵

Ačkoli po pádu totalitního režimu již nic nebránilo tomu, aby došlo – obdobně jako v případech výše uvedených resortů – k zavedení duchovní péče také v oblasti zdravotnictví, trvalo systematické zavádění klinické pastorační péče a vysílání nemocničních kaplanů do zdravotnických zařízení několik let. Již od roku 1997 však

²⁴² *Smlouva o podmínkách vzniku a působení duchovní služby v resortu ministerstva obrany*. Dostupné na WWW: <https://www.biskupstvi.cz/storage/dokumenty/09_Dohoda_duchovni_sluzba.pdf>.

²⁴³ *Sbírka nařízení generálního ředitele Vězeňské služby České republiky. Nařízení č. 41, kterým se vyhláší Dohoda o duchovní službě*. Dostupné na WWW: <<https://www.vscr.cz/wp-content/uploads/2017/03/dohodaoduchovnislužbe.pdf>>. Tato dohoda pozbyla platnosti v roce 2013, neboť dne 21. 11. 2013 byla podepsána nová *Dohoda o duchovní službě ve vězeňství*. Srov. *Dohoda o duchovní službě ve vězeňství*. In: *ACTA České biskupské konference*, roč. 2013, č. 8, s. 81–88.

²⁴⁴ *Dohoda o účasti osob vykonávajících duchovenskou službu na systému poskytování posttraumatické intervenční péče*. Dostupné na WWW: <<http://spcp.prf.cuni.cz/dokument/dohoda-posttraumatickapece.pdf>>.

²⁴⁵ *Dohoda mezi ČBK a ERC o duchovní službě u Policie ČR*. Dostupné na WWW: <https://cbk.blob.core.windows.net/cms/ContentItems/30362_30362/dohoda-u-policie.pdf>.

byla poskytována klinická pastorační péče ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, kde byla následně v roce 2006 ředitelem VFN a kolegiem děkana 1. LF UK schválena Jednotka klinické pastorační péče v rámci Onkologické kliniky, jejíž působení se od roku 2008 rozšířilo i na I. interní kliniku hematologické onkologie. Tato Jednotka se stala členem Evropské sítě nemocničních kaplanů a kromě nadkonfesijní klinické pastorační péče se podílela na přípravě řady formačně vzdělávací setkávání pastoračních pracovníků ze zdravotnických zařízení v České a Slovenské republice.²⁴⁶

V listopadu 2006 byla uzavřena *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v České republice* s cílem prospět trpícím v těžkých životních situacích bez ohledu na jejich vyznání.²⁴⁷ Na základě této *Dohody* měli být do zdravotnických zařízení vysíláni nemocniční kaplani a dobrovolníci tam, kde došlo ke vzájemné dohodě mezi zdravotnickým zařízením a zástupcem ČBK nebo ERC. Zdravotnické zařízení a vysílající církve následně uzavřely vlastní dohodu upravující činnost příslušného nemocničního kaplana v konkrétním zařízení, přičemž způsob vyslání a dobu jeho platnosti upravovaly jednotlivé církve podle svých řádů. Osoby, vyslané podle této *Dohody* církvemi, musely splňovat kvalifikační předpoklady a řídit se etickým kodexem uvedeným v *Dohodě*.²⁴⁸ Jak však uvádí D. Němec: „Praxe ukázala, že uvedení dohody z roku 2006 v život naráželo na velké problémy, a to jak v oblasti způsobu vyslání nemocničních kaplanů, tak naplnění kvalifikačních předpokladů pro nemocniční kaplany a dobrovolníky. Důsledkem těchto těžkostí bylo, že až do roku 2011 nedošlo ani k jedinému (*sic!*) vyslání nemocničního kaplana ani dobrovolníka, realizovanému podle ujednání dohody“.²⁴⁹ V prosinci 2011 byl proto k této *Dohodě* připojen *Dodatek č. 1*, který „upřesňuje a upravuje ujednání obsažená v *Dohodě* v jejích přílohách č. 1 a 2“.²⁵⁰ Tento dodatek nově stanovil, že do zdravotnických zařízení budou vysíláni nemocniční kaplani a dobrovolníci tam, kde došlo ke vzájemné dohodě mezi zdravotnickým zařízením a církví, působící v místě, kde se příslušné zdravotnické zařízení nachází, přičemž vysílající církve může vůči zdravotnickému zařízení

²⁴⁶ Srov. OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*, s. 91.

²⁴⁷ Srov. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v České republice*.

²⁴⁸ Tamtéž.

²⁴⁹ NĚMEC, D. Právní zakotvení pastorační péče v necírkevních zdravotnických zařízeních v České republice, s. 60.

²⁵⁰ *Dodatek č. 1 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v České republice*. Dostupné na WWW: <<http://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/03/Dodatek-%C4%8D.-1-k-Dohod%C4%9B-o-duhovn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8Di-ve-zdravotnictv%C3%AD-mezi-%C4%8Ceskou-biskupskou-konferenc%C3%AD-a-Ekumenickou-radou-c%C3%ADrkv%C3%AD-v-%C4%8Cesk%C3%A9-republice-ke-sta%C5%BEen%C3%AD.pdf>>.

zastupovat více církví na základě vzájemné dohody. Zdravotnické zařízení a vysílající církve poté uzavřou písemnou smlouvu, upravující činnost příslušného nemocničního kaplana v konkrétním zdravotnickém zařízení. *Dodatek* rovněž stanovil v části IV., bodu 2. přechodné období sedmi let od data účinnosti *Dodatku* pro vybudování vzdělávacího systému a splnění kvalifikačních požadavků.²⁵¹

Na základě této *Dohody*, resp. jejího *Dodatku* č. 1 začala být postupně zaváděna klinická pastorační péče v nemocnicích a na různých místech v celé České republice začali pracovat nemocniční kaplani. Přestože se klinická pastorační péče v nemocnicích postupně etablovala, neexistovala dlouhou dobu žádná zastřešující organizace, která by sdružovala nemocniční kaplany, umožňovala jejich setkávání, výměnu praktických zkušeností, informovala o klinické pastorační péči v zahraničí a pořádala formačně vzdělávací kurzy. Z iniciativy M. Opatrné byla proto v roce 2009 založena Česká společnost pro klinickou pastorační péči (ČSKKP). V únoru 2009 proběhla pod záštitou MUDr. Z. Roithové ustavující schůze ČSKPP, která se stala členem České lékařské společnosti J. E. Purkyně jako dobrovolné sdružení lékařů, vysokoškoláků – nelékařů (nemocniční kaplani, teologové) a ostatních pracovníků ve zdravotnictví, kteří se zajímají o klinickou pastorační péči. Tato odborná společnost, založená na ekumenické bázi, si vytkla za cíl zaštiťovat interdisciplinární dialog mezi lékaři na straně jedné a pastoračními pracovníky ve zdravotnických zařízeních a teology na straně druhé. Tento cíl se však nepodařilo naplnit mimo jiné z důvodu neexistence jasné a jednotné koncepce poskytování klinické pastorační péče ve zdravotnictví. Úloha společnosti jako zprostředkovatele a odborného zdravotnického konzultanta se tak ukázala být problematická. V květnu roku 2011 byl proto podán návrh na její zrušení a v červnu 2011 byla společnost zrušena.²⁵²

K významné změně došlo v letech 2011 a 2012, kdy byly založeny dvě asociace. V květnu 2011 vzniklo z iniciativy V. Vursta občanské sdružení Asociace nemocničních kaplanů „za účelem koordinace, osvěty, vzdělávání a péče o kaplany, kteří působí v nemocnicích“²⁵³, jehož ustavující členská schůze se konala v červnu 2011. Za zhruba rok a půl, 2. října 2012, se na Velehradě konalo slavnostní ustavení Katolické asociace nemocničních kaplanů v ČR za účasti zástupců ČBK, ERC

²⁵¹ Srov. tamtéž.

²⁵² Pozn. Na webové stránky společnosti již nelze odkázat, neboť byly zrušeny, autorka práce však byla po dobu existence společnosti jejím členem.

²⁵³ ASOCIACE NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ. Dostupné na WWW: <<https://www.nemocnicnikaplan.cz/>>.

a Asociace nemocničních kaplanů. Ustavením obou těchto asociací tak byla vyřešena otázka chybějící zastřešující profesní organizace, která by nejen sdružovala nemocniční kaplany, ale také informovala nemocnice, širokou veřejnost a případné zájemce o kaplanskou službu o klinické pastorační péči, o existenci a práci nemocničních kaplanů, a zároveň napomáhala dalšímu vzdělávání kaplanů.

V již zmíněné oblasti vzdělávání kaplanů došlo rovněž k pozitivnímu vývoji. Od roku 2005 se pravidelně konala formačně vzdělávací setkání, u jejichž počátků stály čtyři ženy – M. Opatrná a N. Mandysová z České republiky a L. Ileninová a M. Prášilová ze Slovenské republiky, jejichž hlavní motivací byla potřeba vzdělávání a předávání zkušeností s cílem vytvořit určitou obdobu „konzultací“, pořádaných od roku 1990 Evropskou sítí nemocničního kaplanství. Pořadatelem těchto formačně vzdělávacích setkání byla Onkologická klinika VFN a 1. LF UK, resp. Centrum integrované onkologie a paliativní péče.²⁵⁴ Další iniciativa následovala v roce 2007, kdy Evangelická teologická fakulta Univerzity Karlovy v Praze spustila desetiměsíční pilotní projekt s názvem *Nemocniční kaplan*, určený pro budoucí pracovníky v klinické pastorační péči ve zdravotnických zařízeních ČR, který připravil kolektiv pracovníků Evangelické teologické fakulty a 1. a 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.²⁵⁵

Třetí z iniciativ v oblasti vzdělávání vznikla na Teologické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Zde se v březnu roku 2011 z podnětu bývalých absolventů fakulty a po dohodě s děkanem a proděkany fakulty uskutečnilo úvodní informační a diskusní setkání zástupců Křesťanské policejní asociace, zástupců armádních, vězeňských, nemocničních kaplanů, zástupců HZS a Posttraumatického intervenčního týmu ČR s cílem formulovat požadavky na vzdělání, které vyplývají z praxe v jednotlivých oblastech, možnosti a formy vzdělávání, a posoudit nakolik se z hlediska vzdělávání jednotlivé oblasti prolínají a nakolik jsou specifické. Výsledkem byly dva kurzy, které TF JU v rámci kurzů CŽV nabídla v akademickém roce 2012/2013 a které byly určené pracovníkům v pomáhajících profesích (sociální pracovníci, lékaři a zdravotníci, učitelé a vychovatelé, kaplani, duchovní, hasiči,

²⁵⁴ OPATRŇÁ, M. Re: *Velehradská setkání* (elektronická pošta). Message to: Jana Maryšková. 28. června 2011, citováno dne 07. 11. 2019. Osobní komunikace, citováno se svolením autora.

²⁵⁵ EVANGNET. *Kurz ETF – Nemocniční kaplan*. Dostupné na WWW: <https://www.evangnet.cz/119-kurz_etf_nemocnicni_kaplan>.

policisté, vězeňská služba). Jednalo se o kvalifikační kurz s názvem *Identita sloužícího křesťana* a rozšiřující kurz s názvem *Interkulturní komunikace a religionistika*.²⁵⁶

Evangelická teologická fakulta později navázala na svůj pilotní projekt a v akademickém roce 2014/2015 pořádala v rámci kurzů celoživotního vzdělávání další kvalifikační kurz *Nemocniční kaplan*, který je od té doby nabízen zájemcům pravidelně. K Evangelické teologické fakultě se později připojila také Cyrilometodějská teologická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, která obdobný kurz otevřela rovněž v rámci kurzů CŽV.

Ačkoli se v České republice postupně zvyšoval počet nemocnic, v nichž byla v rámci zkvalitnění péče o pacienty zaváděna klinická pastorační péče, neexistoval pro ni dlouhou dobu žádný legislativní rámec. Zatímco v případě dohod o duchovní službě v armádě či vězeňství byly smluvními stranami vždy zástupci ČBK, ERC a daného resortu, jak bylo uvedeno výše, byla v případě klinické pastorační péče uzavírána dohoda mezi zařízením zdravotní či sociální péče na straně jedné a církví, působící v místě, kde se příslušné zařízení nachází, na straně druhé. Ministerstvo zdravotnictví zde nevystupovalo jako smluvní partner.

V České republice existoval v době zavádění klinické pastorační péče v nemocnicích pouze Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., ve znění zákona č. 167/2012 Sb., v němž bylo v § 28 odst. 3 písm. j) zakotveno právo pacienta na duchovní službu. Žádná další legislativní úprava týkající se klinické pastorační péče ve zdravotnických zařízeních v České republice nebyla ani v této době, ani v nejbližších letech přijata. Ministerstvo zdravotnictví ČR však začalo v tomto směru podnikat kroky, které měly přinést potřebnou změnu. Někdejší ministr zdravotnictví L. Heger se v roce 2011 sešel s pražským arcibiskupem D. Dukou (předsedou ČBK) a J. Rumlem (tehdejším předsedou ERC) ohledně klinické pastorační péče v nemocnicích. Při společné schůzce se zúčastněné strany dohodly, že MZ ČR převezme oficiální záštitu nad KPP v nemocnicích a ve spolupráci s církvemi upřesní právní zakotvení přítomnosti nemocničních kaplanů ve zdravotnických zařízeních.²⁵⁷ V roce 2012 navštívil L. Heger Vatikán a jednal zde mimo jiné o možnosti duchovní péče nejen o pacienty, ale i zdravotnický personál. Jak ministr uvedl: „Lékaři i sestry jsou vystaveni stresu,

²⁵⁶ Pozn. Na webové stránky již nelze odkázat, autorka práce se však osobně zúčastnila tohoto informačního a diskusního setkání.

²⁵⁷ MZ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví podpoří nemocniční kaplany*. Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-podpori-nemocnicni-kaplany_5683_2160_1.html>.

duchovní by jim svou blízkostí ve zdravotnických zařízeních mohli jejich misi usnadnit“.²⁵⁸ Hegerův resort měl dát postavení KPP a kaplanů v nemocnicích patřičný rámec, po pádu vlády v roce 2013, jejíž byl Heger členem, však již nebylo možné zmíněné kroky uvést do praxe. Nový ministr zdravotnictví S. Němeček již žádné podobné přípravné kroky směřující k legislativnímu zakotvení KPP a postavení nemocničních kaplanů neinicioval.

Dílčím úspěchem tak bylo alespoň uvedení povolání „kaplan“ v *Katalogu prací – uplatňování podle povolání a platových tříd ve veřejných službách a správě*, který byl platný od 1. 10. 2010, a který stanovil zařazení prací do platových tříd a podle druhu do povolání. Tento katalog prací uveřejnilo na svých webových stránkách Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a pod kódem *1.05.04* zde byl uveden *kaplan* se zařazením do příslušné platové třídy a uvedením popisu práce.²⁵⁹ Kaplani tak nově spadali do rozpočtové sféry státu a termín „kaplan“, který byl již řadu let běžně používán v armádě a vězeňství, tím dostal i pro oblast nemocniční (ale např. i hospicové aj.) péče, potřebný profesní rámec vymezující jeho pracovní náplň, zařazení do platové třídy podle složitosti, odpovědnosti a namáhavosti a začlenění podle druhu do povolání.

Absence potřebného legislativního rámce pro poskytování klinické pastorační péče a neúčast MZ ČR coby smluvního partnera v *Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví* však přesto zůstávaly nedostatkem, který s sebou nesl některá úskalí. Jedním z nich byla chybějící úprava postavení kaplanů mezi ostatními pracovníky ve zdravotnictví a s tím související nejasnost ohledně profesního a kompetenčního profilu kaplana. To vše se mohlo odrážet v nepochopení či mylném chápání práce nemocničního kaplana ze strany vedení některých nemocnic, v neopodstatněné obavě z vlivu církve či církví, které kaplany do nemocnic vysílají, z náboženské agitace a propagace konkrétní církve či náboženské skupiny, případně v odmítnutí kaplana coby vyslance církve. Tím, že ministerstvo nestanovilo jasná pravidla pro působení kaplanů v nemocnicích, vytvořilo navíc prostor pro poskytování této služby i nekvalifikovanými osobami, což mohlo mít v konečném důsledku negativní dopad na pacienty. Bylo proto na zodpovědnosti vedení nemocnic, aby v jejich zařízeních pracovali pouze profesionální nemocniční kaplani vyslaní do nemocnice na základě dohody mezi nemocnicí a příslušnou církví.

²⁵⁸ TÝDEN.cz. *Heger ve Vatikánu: chce posílit roli duchovních v nemocnicích*. Dostupné na WWW: <https://www.tyden.cz/rubriky/domaci/zdravotnictvi/heger-ve-vatikanu-chce-posilit-rol-i-duchovnich-v-nemocnicich_233335.html>.

²⁵⁹ Srov. ZÁKONY PRO LIDI.cz. Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-222>>.

Souhrnně však lze konstatovat, že zavádění klinické pastorační péče zaznamenalo počínaje rokem 2010 a zejména v letech následujících velký rozvoj a po službě vojenských či vězeňských kaplanů začala být postupně samozřejmostí i služba kaplanů nemocničních. Podařilo se překonat nesystematičnost a roztržitost, které počátky klinické pastorační péče v nemocnicích provázely, byly založeny dvě zastřešující organizace – asociace nemocničních kaplanů, které sdružující nemocniční kaplany, přispívají k jejich systematickému a koordinovanému vzdělávání, zajišťují a pořádají formačně vzdělávací kurzy a umožňují výměnu zkušeností. Na svých stránkách informují o klinické pastorační péči a práci nemocničních kaplanů a napomáhají tak tomu, aby se rozšiřovalo povědomí o tomto segmentu činnosti církví. Evangelická teologická fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Cyrilometodějská teologická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci otevřely v rámci kurzů CŽV další kurzy *Nemocniční kaplan*, které umožňovaly splnění kvalifikačních požadavků církví podle ustanovení *Dodatku č. 1 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví*, jak bylo uvedeno výše.

I přes výše zmíněná pozitiva však klinická pastorační péče, na rozdíl od resortů armády či vězeňství, poměrně dlouhou dobu postrádala potřebný legislativní rámec. Ačkoli probíhala jednání s ministrem zdravotnictví Hegerem, konkrétní, praktický výstup z nich nevzešel a Hegerův nástupce již problematice klinické pastorační péče ve svém resortu potřebnou pozornost nevěnoval. Zůstalo proto na několik dalších let přáním, aby bylo díky aktivnímu přístupu a spolupráci Ministerstva zdravotnictví ČR dosaženo takového postavení nemocničních kaplanů ve zdravotnických zařízeních, jaké mají jejich kolegové v okolních zemích, v nichž klinická pastorační péče nebyla výrazně omezena či přerušena léty trvajícím nesvobody a aby jednání o klinické pastorační péči mezi církvemi a nemocnicemi nebyla ovlivňována neznalostí, obavami či politickou nevlí a lhostejností. V následující části práce se proto budeme věnovat dalšímu vývoji v oblasti klinické pastorační péče po založení obou Asociací až do současnosti.

5.2.2 Současná podoba klinické pastorační péče v České republice

Pozitivní trend v zavádění klinické pastorační péče v nemocnicích v České republice pokračoval i v dalších letech. Ke dvěma výše uvedeným fakultám se v akademickém roce 2016/2017 připojila také Teologická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, která otevřela v rámci kurzů CŽV kurz *Nemocniční kaplan* a stala se tak

třetí fakultou, která tento kurz zájemcům o kaplanskou službu nabízí. Kurz byl otevřen i v následujícím akademickém roce a po jednoroční pauze také aktuálně v akademickém roce 2019/2020. V českobudějovické diecézi byl jmenován koordinátor pro zavádění klinické pastorační péče ve zdravotnických zařízeních a v současné době je tato péče součástí péče o pacienta již v sedmi jihočeských nemocnicích.

K významným změnám došlo rovněž na úrovni Ministerstva zdravotnictví ČR. Ministerstvo vydalo *Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb*, který byl 13. dubna 2017 zveřejněn na webových stránkách MZ a publikován ve Věstníku MZ, částka č. 4/2017. Jedná se o rozsahem nevelký (4 strany vlastního textu + 2 strany příloh), zato však potřebný a již dlouho požadovaný dokument, který jako první svého druhu upravuje poskytování klinické pastorační péče v oblasti zdravotnictví. Na jeho vzniku se podílelo MZ ve spolupráci se zástupci ČBK a ERC, návrh připomínkovala také Asociace nemocničních kaplanů a Katolická asociace nemocničních kaplanů v ČR. Ministerstvo zdravotnictví, které na *Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví, uzavřené mezi ČBK a ERC*, a jejím *Dodatku č. 1* nijak neparticipovalo, se nyní stalo partnerem při jednání o podobě klinické pastorační péče a stanovení cílů a zásad této péče v LZZ. Tímto dokumentem ministerstvo stanovilo tolik potřebný rámec pro působení nemocničních kaplanů ve zdravotnických zařízeních včetně podmínek pro jejich činnost.

Metodický pokyn v první řadě jasně vymezuje pojem kaplan, kterým je „výhradně osoba, muž nebo žena, vyslaná církví z ČBK nebo církví z členů ERC v ČR a jmenovaná na základě společného pověření ČBK a ERC“.²⁶⁰ Kaplanem podle tohoto znění může být duchovní i laik, pověřený představitelem vlastní církve k výkonu tohoto povolání, přičemž označení „kaplan“ odkazuje k použití tohoto termínu nikoli úzce vnitrocírkevně, nýbrž jako mezinárodního označení osoby poskytující klinickou pastorační péči. Kromě vymezení samotného pojmu „kaplan“ metodický pokyn dále stanovuje kvalifikační požadavky, povinnosti a práva nemocničního kaplana.

Druhým okruhem, kterému se metodický pokyn věnuje, je duchovní péče, její vymezení, cíle a zásady. Hned v úvodu dodejme, že se zde autoři metodického pokynu nevyhnuli několika nepřesnostem a nejasnostem. Jednou z nich je terminologická nejednotnost. V dokumentu je vedle termínu „duchovní péče“ užit výraz „duchovní

²⁶⁰ MZ ČR. *Věstník č. 4/2017: Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb*. Dostupné na WWW: <https://mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-4-/2017_13683_1760_11.html>.

činnost“, „pastorační pomoc“ či „pastorační péče“, aniž by bylo zřejmé, zda jsou tyto termíny pro účely metodického pokynu považovány za totožné, nebo aniž by byly blíže vymezeny. Duchovní péče je definována jako „dobrovolná služba, nezdravotní péče pacientům, zdravotnickým pracovníkům a návštěvníkům (...)“.²⁶¹ Formulace „dobrovolná služba“ se jeví jako ne příliš šťastná, neboť implikuje vykonávání kaplanské služby na bázi dobrovolnosti. Autoři však měli patrně na mysli dobrovolnost ve smyslu práva adresátů KPP si tuto péči vyžádat, přijmout ji či odmítnout, což by však mělo být vyjádřeno explicitně.

Výčet adresátů KPP odráží posun, ke kterému během let došlo. Klinická pastorační péče zpočátku směřovala především k pacientům, případně jejich rodinným příslušníkům. S tím, jak se ve zdravotnických zařízeních postupně etablovala, ukázala se její potřeba i pro zdravotnické pracovníky. Důležitou součástí metodického pokynu je formulace specifikující, že KPP bude poskytována výhradně kaplany vyslanými na základě společného pověření ČBK a ERC. Tímto ustanovením by, spolu s vymezením pojmu kaplan, mělo být zabráněno tomu, aby se do LZZ dostali s nabídkou svých „duchovních služeb“ nekvalifikovaní jedinci, kteří by mohli pacienty poškodit v oblasti fyzické, duševní i duchovní.

Posledním tematickým okruhem, který metodický pokyn upravuje, je organizace duchovní péče v LZZ. Nově byla zřízena Rada pro duchovní péči ve zdravotnictví, jejímiž členy jsou vždy dva zástupci ČBK, ERC, MZ, Asociace českých a moravských nemocnic a Asociace nemocnic ČR. Rada zajišťuje vzájemnou spolupráci při řešení významných otázek klinické pastorační péče v LZZ, může vznášet připomínky ohledně této péče v LZZ a předkládat MZ návrhy koncepčních řešení.

Ačkoli je Metodický pokyn MZ ČR významným počinem, jedná se o stručný dokument, který nepostihuje řadu aspektů problematiky duchovní péče v LZZ a bylo zřejmé, že bude zapotřebí jeho doplnění a upřesnění. I nadále např. přetrvávala absence MZ ČR coby smluvního partnera. Ministerstvo se díky metodickému pokynu sice stalo partnerem ČBK a ERC při jednání o podobě klinické pastorační péče a stanovení cílů a zásad této péče v LZZ, vlastní *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví* byla však i nadále záležitostí pouze dvou subjektů – ČBK a ERC. Metodický pokyn v tomto smyslu nepřinesl žádnou změnu či úpravu. Zásadní věcí, kterou je rovněž třeba zmínit, je rozsah platnosti metodického pokynu. Ten se vztahuje pouze na LZZ, jejichž

²⁶¹ Tamtéž.

zřizovatelem je MZ. Na ostatní zdravotnická zařízení se nevztahuje a je proto na jejich rozhodnutí, zda se jím budou řídit, zda ho použijí např. jako podklad pro vypracování vlastního interního dokumentu o klinické pastorační péči či nikoli.

V lednu roku 2019 byl ČBK a ERC přijat *Dodatek č. 2 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC* z listopadu 2006 ve znění jejího *Dodatku č. 1* platného od ledna 2012. Tento *Dodatek č. 2* mění některé části *Dodatku č. 1* týkající se kvalifikačních předpokladů nemocničních kaplanů, prodlužuje dobu pro splnění těchto kvalifikačních předpokladů do roku 2022 a rozšiřuje seznam církví, na které se vztahuje *Dohoda* včetně jejích příloh a dodatků, o Církev Křesťanská společenství, pozorovatele ERC, která se v lednu 2017 zavázala dodržovat výše uvedené dohody a jejich dodatky.²⁶²

Poslední významnou událostí roku 2019 v oblasti klinické pastorační péče bylo uzavření *Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví* mezi stávajícím ministrem zdravotnictví A. Vojtěchem na jedné straně a zástupci ČBK a ERC na straně druhé v červenci 2019. Po řadě let tak byl – obdobně jako v resortu armády a vězeňství – i ve zdravotnictví stanoven rámec, struktura a definovány pojmy pro poskytování klinické pastorační péče ve zdravotnických zařízeních ze strany církví. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví* si klade za cíl určit v souladu s platnými právními předpisy podmínky pro vzájemnou spolupráci mezi MZ ČR a církvemi reprezentovanými ČBK a ERC při poskytování klinické pastorační péče v LZZ. Kardinál D. Duka k podpisu *Dohody* řekl: „S radostí mohu konstatovat, že dlouholeté úsilí o spolupráci mezi Duchovní službou a Ministerstvem zdravotnictví, respektive se zdravotnickými zařízeními, došlo svého konce. Je to zásluha velké řady lékařů, duchovních a také ministrů zdravotnictví. Děkuji a gratuluji panu ministru Adamu Vojtěchovi za to, že toto úsilí mohlo být zakončeno jako opravdový projev kooperace mezi církvemi a Českou republikou zajištěním i duchovní podpory pacientům či klientům zdravotnických zařízení.“²⁶³ Výše uvedená dohoda rovněž upřesňuje statut, pověření a zásady činnosti nemocničního kaplana a stanoví kvalifikační požadavky pro osoby vykonávající tuto službu, mezi něž patří mj. absolvování specializačního kurzu *Nemocniční kaplan* realizovaného na teologické

²⁶² *Dodatek č. 2 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC*. Dostupné na WWW: <<http://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2019/01/Dodatek-%C4%8D.-2-k-Dohod%C4%9B-o-duchovn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8Di-ve-zdravotnictv%C3%AD-mez%C4%8Ceskou-biskupskou-konferenc%C3%AD-a-Ekumenickou-radou-c%C3%ADrkv%C3%AD-v-%C4%8Cesk%C3%A9-republice-ke-sta%C5%BEen%C3%AD.pdf>>.

²⁶³ MZ ČR. *Ministr zdravotnictví a zástupci církví podepsali historicky první Dohodu o duchovní péči ve zdravotnictví*. Dostupné na WWW: <https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvi-a-zastupci-cirkvi-podepsali-historicky-prvni-dohodu-o-duck_17578_1.html>.

fakultě v souladu s Obsahem minimálních standardů kurzu zveřejněných na stránkách MZ ČR. Kurz *Nemocniční kaplan* je tak nově sjednocen v těchto minimálních standardech na všech teologických fakultách, které jej nabízejí.

Klinická pastorační péče se, jak je patrné z výše uvedeného přehledu, v České republice stále dynamicky vyvíjí, inspiruje zahraničními zkušenostmi, upřesňuje a doplňuje se některé její dílčí aspekty a jednotná podoba. Uzavření aktuálních dohod mezi MZ ČR, ČBK a ERC upravujících podmínky poskytování KPP ve zdravotnictví předcházela řada více či méně úspěšných jednání a dílčích návrhů v uplynulých letech. V současné době je vytvořen tolik potřebný rámec pro působení nemocničních kaplanů ve zdravotnických zařízeních včetně podmínek pro jejich činnost, jsou vymezeny základní pojmy, jako je duchovní péče resp. klinická pastorační péče, její cíle a zásady, kvalifikační předpoklady, povinnosti a práva kaplana apod. Ministerstvo zdravotnictví těmito dohodami zároveň uznává význam a prospěšnost klinické pastorační péče pro zlepšení života pacientů a personálu ve zdravotnických zařízeních. Jak uvedl ministr Vojtěch: „Duchovní péče hraje navýsost důležitou a nezastupitelnou roli při poskytování zdravotní péče v nemocnici. Zdaleka není určena jen pro těžce nemocné pacienty a seniory, slouží i jejich rodinným příslušníkům, případně pozůstalým. A není ani nutné být věřící, většina lidí v těžké životní situaci cítí potřebu se ze svých problémů vypovídat či s někým důvěryhodným diskutovat o tom, proč existují nevléčitelné nemoci nebo co se s námi stane po smrti. Proto všichni musí tuto příležitost dostat, pokud o ni projeví zájem. Vždyť dobrá duchovní péče může pomoci podobným dílem jako operace – psychický stav pacienta totiž mnohdy výrazně ovlivňuje průběh a úspěšnost samotné léčby.“²⁶⁴

V současné době je klinická pastorační péče, poskytovaná církvemi, dobře etablovaná již v celé řadě nemocnic, hospiců či zařízení sociálních služeb, a to jak v Čechách, tak na Moravě, jak přehledně ukazují mapky na stránkách Katolické asociace nemocničních kaplanů v ČR, z nichž první označuje místa, na nichž působí katoličtí nemocniční kaplani, na druhé mapce jsou znázorněna působiště kaplanů křesťanských církví spojených v ERC.²⁶⁵ Celkem dnes působí asi 140 kaplanů z deseti církví ve stovce zařízení.²⁶⁶ Pravidelně rovněž zasedá Rada pro duchovní péči ve

²⁶⁴ Tamtéž.

²⁶⁵ KATOLICKÁ ASOCIACE NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ V ČR. *Kontakty na nemocniční kaplany*. Dostupné na WWW: <<http://kaplan-nemocnice.cz/kontakty-na-nemocnicni-kaplany/>>.

²⁶⁶ Srov. MZ ČR. *Ministr zdravotnictví a zástupci církví podepsali historicky první Dohodu o duchovní péči ve zdravotnictví*.

zdravotnictví, která projednávala mj. vstupní kritéria, kurikulum a standardy kurzu *Nemocniční kaplan* či návrh *Kodexu* nemocničního kaplana. Rada byla rovněž požádána o vydání stanoviska k tématu důstojné smrti, hospiců i eutanazie a k jejím stěžejním tématům patřil i návrh výše uvedené *Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví*.²⁶⁷ Ke službě církví v oblasti duchovní péče pro lidi v nestandardních situacích – v armádě či ve věznicích – se tak dnes může jako plnohodnotná a příslušným resortem zaštitěná služba řadit také klinická pastorační péče pro lidi v mezní životní situaci, zejména nemocné a umírající.

5.3 Impulzy z německy mluvících zemí

Církev působí v České republice v prostředí, v němž se těší poměrně malé důvěře a zájmu české populace, jak bylo uvedeno výše. Přesto je právě péče o staré lidi, nemocné a umírající hodnocena pozitivně a velká část Čechů uznává potřebnost a užitečnost této péče zejména tam, kde, jak řekl D. Duka, „to stát tak dobře neumí“.²⁶⁸ Ve zdravotnických zařízeních má tato služba církví podobu tzv. klinické pastorační péče a je poskytována širokému spektru klientů bez ohledu na jejich vyznání. Zatímco u našich západních sousedů je tato péče již dlouhodobě etablovaná, v České republice není ještě klinická pastorační péče i přes její dynamický rozvoj v uplynulých letech samozřejmostí ve všech nemocnicích. Její zavádění je spojeno mj. s definováním organizační struktury, cílů, postavení nemocničních kaplanů v rámci nemocnic, jejich kompetencí apod., což implikuje i potřebu objasnění role, postavení a přínosu klinické pastorační péče zejména v sekulárních nemocnicích. Ačkoli se tato problematika může zdát v českém prostředí dostatečně diskutovaná, v sousedních německy mluvících zemích je již delší dobu tématem nové vymezení úlohy a definice klinické pastorační péče v souvislosti s tzv. „spiritual care“ jako nového interdisciplinárního konceptu péče o pacienta, který má pomoci integrovat úzce konfesně vážnou pastorační péči různých církví do obsáhlejšího konceptu sekulární péče a doprovázení v rámci systému nemocnic²⁶⁹ a jehož základem je široce definovaný pojem spirituality.

Podněty z německy mluvících zemí, týkající se úvah o úloze a místu klinické pastorační péče zejména v sekulárních nemocnicích, jsou proto v tomto kontextu

²⁶⁷ Srov. tamtéž.

²⁶⁸ DUKA, D., MACHÁNĚ, J. Mnohem větší roli bude hrát duch solidarity.

²⁶⁹ Srov. KÖRTNER, U. H. J. *Leib und Leben: Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen*, s. 93–94.

legitimní i v České republice, a to především s ohledem na přetrvávající nízký zájem Čechů o církve a s nimi spojený typ religiozity na jedné straně, a naopak na poměrně vysoký zájem o tzv. „alternativní“ spiritualitu na straně druhé, který implikuje otázku položenou v samém úvodu práce, a sice zda a nakolik je klinická pastorační péče skutečně schopná oslovit i např. tzv. „alternativně“ věřící pacienty, zda by si vyžádali doprovázení nemocničním kaplanem a zda by spirituálním potřebám těchto pacientů lépe neodpovídal např. koncept sekulární „spiritual care“.

5.3.1 Zájem o spiritualitu v oblasti medicíny

V rámci komplexní péče o pacienta je dnes, vedle péče o fyzickou stránku, integrální součástí nemocniční péče v Evropě také péče o duchovní potřeby pacienta. V roce 2004 vyšlo v českém překladu Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům: O organizaci paliativní péče. V rámci krátké definice paliativní péče je zde mimo jiné uvedena také duchovní podpora: „(...) paliativní péče je aktivní, úplná péče o pacienty v pokročilém stádiu progredujících nemocí s cílem mírnit bolest a jiné symptomy a nabízet psychologickou, sociální a duchovní podporu“.²⁷⁰ Podobně definuje paliativní péči také Světová zdravotnická organizace (WHO), a to jako „aktivní komplexní péči o pacienta s nevléčitelnou život ohrožující nemocí, která usiluje o udržení dobré kvality života mírněním dyskomfortu v tělesné, psychosociální i duchovní oblasti.“²⁷¹ O duchovním aspektu hovoří WHO také v definici zdraví jako o „(...) plném tělesném, duševním, duchovním a sociálním blahu člověka (*Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being*).“²⁷² Obdobné požadavky na zajištění péče o duchovní dimenzi pacienta a osob jemu blízkých lze nalézt i v Mezinárodních akreditačních standardech pro nemocnice, ustanovených Joint Commission International. Standardy byly vypracovány mezinárodní skupinou odborníků a jsou podkladem pro akreditaci zdravotnických zařízení na celém světě. Jedním z nich je standard PFR. 1.2.1., který říká: „Nemocnice má vytvořený postup, v rámci kterého uspokojí požadavky pacientů a jejich blízkých na

²⁷⁰ Srov. *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Praha: Cesta domů, 2004, s. 9.

²⁷¹ Srov. Rozhodování o paliativní léčbě jen podle jasných pravidel a transparentně: Stanovisko České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM). *Tempus medicorum*, 2010, roč. 19, č. 3, s. 6.

²⁷² WHO. *Review of the Constitution of the World Health Organization: report of the Executive Board special group*, 22. January 1998. Dostupné na WWW: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfangl/ angr2.pdf>.

poskytnutí duchovních služeb či podobné požadavky vyplývající z pacientových duchovních potřeb a náboženských přesvědčení.²⁷³

Termín spiritualita tedy postupně začal, jak je z výše uvedeného patrné, nabývat významu i v oblasti medicíny a vznikla celá řada studií zabývajících se souvislostí mezi spiritualitou a způsobem vyrovnávání se s nemocí či vlivem spirituality na proces uzdravování. V roce 2008 byla vytvořena pracovní skupina odborníků z německy mluvících zemí, u jejíhož zrodu stál K. Baumann, A. Büssing, N. Kohls, H. Walach a K. Wilkening, která později dostala název *Transdisziplinäre Arbeitsgruppe Spiritualität und Krankheitsumgang* (TASK). Jejím cílem bylo zkoumání tématu spirituality z hlediska různých akademických profesí s důrazem na konfesní a ideovou neutralitu. Impulsem k sestavení této pracovní skupiny byly jednak pochybnosti o tom, zda lze výsledky výzkumů, uskutečněných zejména v 80. a 90. letech 20. století ve Spojených státech amerických, přenést do evropského prostředí z důvodu jejich podmíněnosti americkým kulturním kontextem, jednak pokračující individualizace a sekularizace evropských zemí, která nastolila otázku, zda je pro pacienta spiritualita a religiozita relevantním zdrojem opory při vyrovnávání se s nemocí. V této souvislosti byla věnována pozornost např. metodám měření a jejich výpovědní hodnotě ve vztahu k pacientovi, implementaci této tematiky do zdravotního systému a v neposlední řadě také otázce podoby vzdělávání a dalšího vzdělávání pro ty profese, které pacienty v jejich nemoci doprovází. Skupina uspořádala v letech 2008–2010 tři konference za účasti odborníků z Německa, Rakouska a Švýcarska, jejichž výstupem je mj. publikace *Spiritualität transdisziplinär*.²⁷⁴

V Německu byla roku 2011 založena *Mezinárodní společnost pro zdraví a spiritualitu* (Internationale Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität) se sídlem v Mnichově, která vydává vlastní odborný časopis *Spiritual Care* a zabývá se vedle celé řady témat i problematikou vztahu náboženství, religiozity, víry a spirituality k nemoci a zdraví.²⁷⁵ Spiritualita je předmětem odborného diskursu např. v ošetrovatelství, paliativní péči, onkologii, geriatrii, ale i v sociální práci aj. Pro ilustraci uvedme publikace a příspěvky autorů, kteří se v německé jazykové oblasti zabývají problematikou vztahu spirituality a medicíny jako E. Weiher v knize *Das Geheimnis des*

²⁷³ Srov. OPATRŇA, M. *Etické problémy v onkologii*, s. 85–86.

²⁷⁴ Srov. BÜSSING, A., KOHLS, N. Editorial. In: BÜSSING, A., KOHLS, N. (ed.) *Spiritualität transdisziplinär: Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2011, s. 2.

²⁷⁵ Srov. ROSER, T. *Seelsorge und Spiritual Care*, s. 70–71.

Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende; E. Frick a T. Roser v knize *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*; Ulrich H. J. Körtner v publikaci *Leib und Leben*, paliatr G. D. Borasio v knize *Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*, či lékař A. Büssing, který je autorem řady publikací na téma vztahu spirituality / religiozity a medicíny, spirituality a copingu, kvality života v souvislosti se závažným onemocněním, nefarmakologické terapie (jóga, meditace aj.) a který se rovněž zabývá tvorbou dotazníků pro výzkum kvality života chronicky nemocných pacientů (akceptace nemoci, vyrovnávání se s nemocí, spiritualita, životní spokojenost). Za všechny jmenujme jeho nejnovější publikaci z roku 2020 *Transformative Aspekte der Spiritualität. Die Haltung der Zuwendung zum Anderen*.

K dalším významným odborníkům z řad teologů, kteří se věnují této tematice a mají přesah do medicíny či lékařské etiky, patří v německé jazykové oblasti např. M. Belok, C. Kohli Reichenbachová, B. a A. Hellerovi, M. Klessmann, D. Nauerová a řada dalších. Kromě výše zmíněných knih existuje celá řada starších odborných publikací a empirických výzkumů především ze Spojených států amerických zabývajících se souvislostí mezi vírou / spiritualitou a fyzickým a psychickým zdravím, ilustrujících masivní zájem o spiritualitu a její vliv na zdraví v 80. a 90. letech 20. století, z nichž některé budou uvedeny v další kapitole.

O významu vnímání spirituálních potřeb umírajících pacientů hovoří výše zmíněný paliatr G. D. Borasio, který uvádí, že „přemýšlíme-li o smrti, objevují se spirituální témata sama od sebe“.²⁷⁶ Borasio poukazuje na výsledky výzkumů uskutečněných psychoterapeutem M. Feggem v roce 2008, které se týkaly hodnot a smyslu života (nejen) umírajících pacientů, a vztahu těchto hodnot ke spiritualitě. Pro výzkum byl použit dotazník, jehož výpovědní hodnota byla předem testována na více než 20.000 respondentech z celého světa. Z výsledků je patrný význam spirituality jako zdroje smyslu života zejména na jeho konci.²⁷⁷

Podobné výzkumy uskutečnil v letech 2005–2010 A. Büssing, který zkoumal spirituální potřeby chronicky nemocných pacientů. Výsledky ukázaly, že spiritualita a religiozita je u některých pacientů důležitým zdrojem ovlivňujícím způsob, jakým pacient přistupuje ke svému životu a ke své nemoci. Může podporovat pocit vlastní

²⁷⁶ BORASIO, G. D. *Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*. München: C. H. Beck, 2011, s. 92.

²⁷⁷ Tamtéž, s. 89–91.

hodnoty, dávat životu smysl a význam, poskytovat naději a útěchu. Individuální víra, postoj a přístup k životu může dodávat vnitřní klid a pocit jistoty i přes symptomy nemoci, a tím přispět ke snižování stresu a k vnitřním ozdravným procesům. Důležité mohou být podle Büssinga i individuální představy o „životě po smrti“ (poslední soud, zmrtvýchvstání, reinkarnace, zánik), které ovlivňují u chronicky nemocných pacientů a / nebo pacientů s život ohrožující nemocí zejména poslední fázi jejich života. U chronicky nemocných pacientů, kteří se ve výzkumech deklarovali jako nereligiózní a nespirituální, se podle Büssinga ukázaly jiné aspekty spirituality – úcta a vděčnost, soucit, velkorysost a tolerantnost, uvědomělý přístup k sobě samému, k druhým lidem a k okolnímu světu, hledání poznání, moudrosti a vhledu. Jak Büssing uvádí, tito „ateističtí“ pacienti nejsou nespirituální, spirituální rovina je u nich přítomna, odmítají však institucionalizovanou religiozitu a mají vztah spíše k sekulárnímu humanismu. To představuje výzvu, jak adekvátním způsobem oslovit i tyto pacienty v jejich spirituálních potřebách.²⁷⁸ V jednom z pozdějších výzkumů z roku 2013 se ve skupině „areligiózních skeptiků“, kteří se z nejrůznějších důvodů odvrátili od církve jakožto instituce, označili se za nespirituální a nereligiózní a spíše zdráhavě reagovali na nabídku návštěvy nemocničního kaplana, ukázalo, že při přímém dotazu na spirituální potřeby chtějí, aby se za ně někdo modlil, vyjadřují zájem o účast na bohoslužbě, potřebu odpuštění a potřebu odpustit a ačkoli aspekt odpuštění nemusí být nutně výrazem jejich religiózních potřeb, přispívá podle Büssinga významnou měrou k psychické a emoční stabilitě. Büssing proto zdůrazňuje, že by bylo nedorozuměním spojovat spirituální potřeby výlučně s oblastí paliativní medicíny ve smyslu „posledního stébla“, kterého se pacient chytá, neboť tyto potřeby mohou být důležité i pro všechny ostatní pacienty (...), a to již bezprostředně po stanovení diagnózy.²⁷⁹

S tím souvisí otázka, jak je spiritualita v medicíně vlastně chápána. Podle Evropské asociace paliativní medicíny, která definovala spiritualitu v roce 2010, je „spiritualita dynamická dimenze lidského života, která souvisí s tím, jak lidé (jednotlivec a společenství) prožívají, vyjadřují a / nebo hledají smysl, význam a transcendenci, a způsob, jakým se vztahují k okamžiku, sobě samým, k druhým, k přírodě,

²⁷⁸ Srov. BÜSSING, A. Spiritualität/Religiosität als Ressource im Umgang mit chronischer Krankheit. In: BÜSSING, A., KOHLS, N. (ed.). *Spiritualität transdisziplinär: Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2011, s. 118–122.

²⁷⁹ Srov. BÜSSING, A., FRICK, E. Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker. In: BÜSSING, A., SURZYKIEWICZ, J., ZIMOWSKI, Z. (ed.) *Dem Gutes tun, der leidet: Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet*. Berlin, Heidelberg, Springer, 2015, s. 4; s. 9–10.

k významnému a / nebo posvátnému.“²⁸⁰ Vídeňská mezináboženská platforma lékařů rozlišuje mezi náboženstvím, religiozitou a spiritualitou. Náboženství chápe jako „organizovaný systém víry, praxe a symbolů, který má pomoci přiblížit se k vyšší moci“. Religiozitu definuje jako „osobní postoj (...), jako souhrnný termín pro náboženské vědomí a chování“, a spiritualitou rozumí „základní, osobní, smysl nalézající postoj, kterým člověk transcenduje sám sebe a který může, ale nemusí zahrnovat náboženské myšlení.“²⁸¹ G. D. Borasio uvádí definici, kterou navrhla Německá společnost paliativní medicíny v roce 2006: „Spiritualitu lze chápat jako vnitřní postoj, vnitřního ducha a osobní hledání smyslu, pomocí kterých člověk čelí životním situacím, zejména však situacím spojeným s existenciálním ohrožením.“²⁸² Z této definice je zřejmé, že spiritualita je zde vnímána jako osobní (vnitřní) záležitost související se smyslem života, která může být v obtížných situacích (existenciálního ohrožení) pro člověka zdrojem tohoto smyslu.²⁸³ Na rozdíl od první definice neobsahuje žádný odkaz na posvátné ani transcendingující a je založena na širokém pojetí pojmu spiritualita, z něhož vychází také tzv. „spiritual care“.

Jeden z jejích představitelů, E. Frick, je zastáncem tohoto širokého konceptu spirituality, který zahrnuje různou náboženskou příslušnost stejně jako existenciální, či ateistické postoje.²⁸⁴ T. Roser vidí v otevřeném pojmu spiritualita „inovativní potenciál pro dnešní zdravotnictví“, neboť „hájí svobodu individua, a to jak před vlivem určitého náboženství či náboženské společnosti, tak před objektivizujícími a dehumanizujícími tendencemi medicínsko-klinického aparátu (...) Spiritualita zaručuje nedisponovatelnost pacienta zcela ve smyslu základního práva na náboženskou svobodu, v multikulturně diverzifikované společnosti však i vůči samotným náboženským společnostem.“²⁸⁵ Později, aby byla garantována širší pojmů spiritualita, uvádí Roser její novou definici: „Spiritualita je to, za co ji považuje pacient“, kterou spolu s M. Gratzovou za dva roky ještě upřesní v souvislosti s paliativní péčí v tom smyslu, že spiritualita je „přesně – **a výlučně** – to, za co ji považuje pacient“.²⁸⁶ Podobně chápe E. Weiher pojem spiritualita jako „velmi nespecifický“, zároveň však za obsahově ohraničenější, než je tomu u předchozích dvou autorů, neboť odkazuje k jeho

²⁸⁰ NAUER, D. *Spiritual Care statt Seelsorge ?* Stuttgart: Kohlhammer, 2015, s. 51.

²⁸¹ Cit. podle KÖRTNER, U. H. J., *Leib und Leben*, s. 100.

²⁸² BORASIO, G. D. *Über das Sterben*, s. 89.

²⁸³ Tamtéž.

²⁸⁴ NAUER, D. *Spiritual Care statt Seelsorge ?*, s. 52–53.

²⁸⁵ Cit. podle NAUER, D. *Spiritual Care statt Seelsorge ?*, s. 53.

²⁸⁶ Cit. tamtéž, s. 53–54.

původně teologické terminologii. Spiritualita je podle Weihera „vnitřní duch, na jehož základě člověk vnímá svůj život, je jím inspirován, utváří – ne nutně vědomě – svůj život, a s nímž vstupuje do krizí, nemoci a umírání (...) Spirituální zkušenost vzniká tam, kde si je člověk vědom tajemství života (...).“²⁸⁷

Ačkoli je zřejmé, že má péče o spirituální potřeby své místo v různých oborech medicíny, zejména pak v paliativní péči, neboť vážně nemocní a umírající pacienti jsou konfrontováni s existenciálními otázkami a v situaci ohrožení života vážnou nemocí vystupují do popředí spirituální aspekty, není pojem spiritualita sjednocen ani v oblasti medicíny a i zde existuje řada jeho definic. Pojem spiritualita může zahrnovat velkou šíři různých, vzájemně provázaných zkušeností, jako je např. zkušenost existenciálního ohrožení, zranitelnosti, nejistoty; zkušenost smyslu života, posledního základu, vnitřní síly, radosti, identity, jistoty; zkušenost vnitřního pokoje, vděčnosti, růstu, lásky a naděje; zkušenost propojenosti se světem, s přírodou, s lidstvem; zkušenost posvátného, tajemství, (sebe)transcendence, ochraňujících sil, božského, Boha aj.²⁸⁸ V německém jazykovém prostředí je tento pojem definovaný poměrně široce a z takto pojatého termínu spirituality vychází i koncept péče o spirituální potřeby pacientů, tzv. „spiritual care“, jako nový interdisciplinární koncept péče zejména o těžce nemocné a umírající. Snaha integrovat spirituální dimenzi do moderní medicíny zde není tudíž záležitostí pouze úzce konfesně vázané pastorační péče, ale i této šířeji pojaté sekulární „spiritual care“.

5.3.2 Sekulární „spiritual care“ – nový koncept péče o nemocné místo klinické pastorační péče?

Spirituální péče – „spiritual care“ má svůj původ v anglo-americkém prostředí: v Anglii, Severní Americe a Kanadě se tento termín etabloval před více než 25 lety jako odborný termín v oblasti zdravotnictví. V Evropě se výraz „spiritual care“ rozšířil nejprve v Holandsku, postupně pronikl i do Německa a dalších německy mluvících zemí,²⁸⁹ v nichž je používán v původní anglické podobě, která je zachována i v této práci. M. Klessmann objasňuje specifický společenský kontext, který v německém jazykovém prostoru umožnil jeho rozšíření. Podle Klessmanna zde náboženství

²⁸⁷ Cit. tamtéž, s. 54.

²⁸⁸ Tamtéž, s. 55.

²⁸⁹ Tamtéž, s. 10–11.

a religiozita s postupující sekularizací nezanikly, ale začaly být vnímány novým způsobem jako základní lidská potřeba, jako potřeba smyslu, opory a orientace, která je však radikálně individualizovaná. Zatímco instituce typu církví s jejich naukou, morálními nároky a rituály vnímala řada lidí jako omezující, byla neurčitost fenoménu a pojmu spiritualita pro mnohé z nich naopak přitažlivá.²⁹⁰ Termín „spiritual care“ však nepochází z teologického kontextu, jak by se podle názvu mohlo zdát, nýbrž z oblasti hospicové resp. paliativní péče a je spjat se jménem Cicely Saundersové.

Saundersová, zakladatelka hospicové péče, původně zdravotní sestra, sociální pracovnice a později lékařka, která stála u zrodu Hospice sv. Kryštofa založeného v roce 1967 v Londýně, zdůrazňovala ve svém konceptu přístupu k celkovému utrpení (*total pain*) potřebu věnovat u umírajících pacientů pozornost všem jejich potřebám – v oblasti tělesné, psychické, sociální i spirituální, neboť ve všech těchto rovinách mohou umírající zakoušet bolest a utrpení. Požadovala proto formu tzv. celostní péče (*total care* resp. *rounded care*) o tyto pacienty a poukazovala na to, že utrpení v rovině spirituální může být příčinou bolestí nejrůznějšího druhu. Není jisté, zda Saundersová sama použila termín „spiritual care“, G. D. Borasio však označil její práci s pacienty, aniž by to tak sama explicitně vyjádřila, za „spiritual care“ v nejvlastnějším smyslu tak, jak je dnes chápána.²⁹¹

„Spiritual care“, vycházející z tohoto celostního pojetí, je podle Borasia víc než konfesně vázaná (křesťanská) pastorační péče. Představuje obsáhlou péči o nemocného člověka, která je společná jak nemocničním kaplanům, tak lékařům, a v podstatě všem profesním skupinám ve zdravotnictví.²⁹² „Spiritual care“ lze označit za péči, která „vnímá a bere vážně multikulturní a multireligiózní společnost s jejími individuálními způsoby vyjádření víry a religiozity a respektuje rovnoprávné postavení různých náboženství, hodnotových systémů a obrazů světa. (...) Zohledňuje okolnost, že v hospicové práci a paliativní péči nejsou doprovázeni a nedoprovázejí pouze lidé s křesťanskou vírou.“²⁹³ Z toho vyplývají její další charakteristiky.

„Spiritual care“ vychází ze širokého pojetí spirituality a z přesvědčení, že každý člověk je spirituální, v každém je, ať vědomě či nevědomě, obsažena spirituální rovina jeho bytí. Proto je „spiritual care“ nabídkou pro všechny lidi bez ohledu na jejich

²⁹⁰ Srov. KLESSMANN, M. *Im Strom der Zeit ... Von der evangelischen über die ökumenische zur Interkulturellen Seelsorge und spiritual care*. Dostupné na WWW: <https://www.researchgate.net/publication/274455153_Im_Strom_der_Zeit>.

²⁹¹ Srov. NAUER, D. *Spiritual Care statt Seelsorge ?*, s. 22–23.

²⁹² Srov. BORASIO, G. D. *Über das Sterben*, s. 93.

²⁹³ NAUER, D. *Spiritual Care statt Seelsorge ?*, s. 55.

vyznání, světonázor apod. Jejimi adresáty jsou především nemocní a umírající pacienti, ale i jejich příbuzní a blízcí, dále dobrovolníci a všichni, kteří pomáhají v hospicích, a rovněž zaměstnanci všech profesí, kteří se o nemocné a umírající starají. Z předpokladu, že každý člověk v sobě má spirituální rovinu, dále vyplývá, že každý člověk je také schopen doprovázet druhého. „Spiritual care“ proto nelze delegovat pouze na jednu specifickou profesní skupinu, ale je úkolem všech profesionálů a dobrovolníků pečujících o nemocné a umírající.²⁹⁴ Podle T. Rosera termín „spiritual care“ ukazuje, že spiritualita a religiozita nespádají exkluzivně do kompetence církevní pastorační péče, ale mají své místo i v jiných profesích.²⁹⁵ Nejen nemocniční kaplani, ale i pečovatelé, psychologové, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, muzikoterapeuti, pedagogové, farmaceuti, lékaři aj. jsou tedy potenciálními spirituálními doprovázejícími ve „spiritual care“. Podle E. Fricka není „spiritual care“ módní výraz pro klinickou pastorační péči, nýbrž „souhrnný výraz pro úlohu, která jde napříč všemi zdravotnickými profesemi. Každý, kdo pracuje v oblasti pečovatelsví, medicíny či v jiných podobných oborech, má základní kompetenci pro spirituální péči: každý má citlivost pro spirituální přání, potřeby, krize nemocných lidí.“²⁹⁶ Z toho vyplývá další charakteristika „spiritual care“, a to je její přítomnost všude tam, kde se nacházejí těžce nemocní a umírající lidé, tedy v domácí péči, v nemocnicích, na oddělení paliativní péče, v hospicích. „Spiritual care“ proto vyžaduje spolupráci různých profesních skupin, pracuje interdisciplinárně a transdisciplinárně.²⁹⁷

Podle Ulricha H. J. Körtnera je „spiritual care“ odrazem skutečnosti, že medicínsko-etické problémy jsou přítomny ve třech rovinách: v rovině personální (lékař – pacient), v rovině institucionální (nemocnice) a v rovině kulturní, hodnotové, světonázorové a náboženské orientace. Ve všech těchto rovinách je zároveň přítomno téma „spirituality, náboženství a kultury u lůžka nemocného“, přičemž právě „spiritual care“ má všechny tyto roviny nejlépe zohledňovat a má pomoci integrovat úzce konfesně vážnou pastorační péči různých církví do obsáhlejšího konceptu péče a doprovázení v rámci systému nemocnice.²⁹⁸ T. Roser navrhuje chápat pojem „spiritual care“ jako nadřazený pojem, jako svého druhu „deštník“ (*umbrella*), pod kterým mají své místo

²⁹⁴ Srov. tamtéž, s. 55–57.

²⁹⁵ Srov. ROSER, T. *Seelsorge und Spiritual Care*, s. 62.

²⁹⁶ FRICK, E. Pausen und Noten: Spiritual Care kann bei Pflegern und Ärztinnen für Entlastung sorgen. In: *Zeitzeichen*, 2014, roč. 15, č. 5, s. 16.

²⁹⁷ Srov. NAUER, D. *Spiritual Care statt Seelsorge ?*, s. 60–62.

²⁹⁸ Srov. KÖRTNER, U. H. J. *Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen*, s. 93–94.

různé profesní skupiny a různé koncepty, tedy i pastorační péče církví. Ta se však podle Rosera zároveň musí profilovat vůči ostatním profesím poskytujícím „spiritual care“ a jasně formulovat své *proprium*.²⁹⁹

Je-li „spiritual care“ úkolem všech profesionálů a dobrovolníků pečujících o nemocné a umírající, jak bylo uvedeno výše, nabízí se otázka potřeby specifických kompetencí pro doprovázení nemocných a umírajících pacientů. Podle S. Stieglera nevyžaduje „spiritual care“ žádnou dodatečnou praxi a speciální kompetence, neboť není něčím přidaným k běžné každodenní péči na klinice či v domově pro seniory, ale předpokládá především základní postoj k druhému člověku. Tímto postojem je míněno např. akceptování druhého i přes jeho odlišnost, empatie, transparentnost, pravdivost a autentičnost, přítomnost zde a nyní, schopnost komunikovat s druhými, vydržet utrpení, umírání a smutek, ochotu pracovat v týmu, otevřenost vůči spirituální či religiózní dimenzi, respekt ke spirituálně-náboženským zvykům, úkonům, rituálům apod.³⁰⁰ Vedle tohoto názoru však existují i jiné, které uznávají základní kompetenci všech členů multidisciplinárního týmu pro vnímání spirituálních potřeb pacientů, zároveň však požadují získání, nácvik a udržování speciálních kompetencí, jako je např. schopnost otevřít, prohloubit a zpracovat spirituální rovinu, rituálně-liturgická kompetence, teologicko-pastorační kompetence, schopnost dialogu, verbalizace a interpretace spirituální zkušenosti. E. Weiher např. uvádí, že všechny pomáhající profese mají za úkol vnímat spirituální rovinu, ale ne všechny profese mají za úkol ji otevírat a prohlubovat. Vše, co jde nad rámec tohoto vnímání a „dotknutí se“ spirituální dimenze druhého, patří podle Weihera do kompetence křesťanské pastorační péče, která disponuje potřebnými speciálními znalostmi a dovednostmi a má být proto součástí spirituálních terapeutických plánů.³⁰¹

D. Nauerová uvádí příklad ze severoamerického prostředí, v němž bylo v roce 2009 formulováno toto doporučení: „Všichni členové týmu paliativní péče by měli být školeni ve spirituální péči. Toto školení by mělo být vyžadováno jako součást dalšího vzdělávání všech lékařů“. Na základě toho začala být v anglicky mluvících zemích vypracována kurikula v oblasti „spiritual care“ pro různé profese. V německé jazykové oblasti naproti tomu dosud neexistují jednotné názory na to, v čem, od koho, jak a kde by měly být získávány potřebné kompetence pro „spiritual care“. Navrhovány

²⁹⁹ Srov. ROSER, T. *Seelsorge und Spiritual Care*, s. 62–76; dále srov. KLESSMANN, M. *Im Strom der Zeit ...*

³⁰⁰ Srov. NAUER, D. *Spiritual Care statt Seelsorge ?*, s. 76–77.

³⁰¹ Srov. *tamtéž*, s. 79.

jsou víkendové semináře a online kurzy, ale i kvalifikační kurzy a intenzivní školení jak v rámci profesního vzdělání, tak i dalšího a průběžného vzdělávání.³⁰²

„Spiritual care“ v každodenní praxi má podle D. Nauerové následující podobu: pod pomyslným „deštníkem“, o kterém hovoří T. Roser, jsou soustředěny různé druhy praxe nabízené (nejen) zdravotnickými profesemi pacientům (případně jejich blízkým), přičemž pacienti sami určují dobu, délku, obsah a intenzitu doprovázení. Spadá sem:³⁰³

- nonverbální praxe (pomoc přítomností, bytím s druhým, spolu-kráčením s druhým, mlčením, nasloucháním aj.)
- kreativní praxe (zpěv, hry, kreativní psaní, malování, tanec aj.)
- verbální praxe (rozhovory: spirituální anamnéza, rozhovor o běžných každodenních tématech, rozhovor v situaci krize, poradenský rozhovor, práce s biografii, rozhovor v období smutku aj.)
- praxe zprostředkování kontaktu (s rodinnými příslušníky, dobrovolníky, nemocničními kaplany, členy týmu aj.)
- alternativní (medicínská) praxe (jóga, Tai Chi, meditace, relaxační cvičení, léčebné dýchání aj.)
- rituální praxe (religiózně-spirituální rituály, symboly, liturgické slavení, žehnání, svátosti a svátostiny, Písmo svaté, náboženské písně, modlitby aj.)

Jak z tohoto přehledu vyplývá, je „spiritual care“ realizována verbálními, nonverbálními, ale i kreativními způsoby komunikace, které mohou pomoci člověku k vlastní spirituální zkušenosti, což platí i pro alternativní formy jakými jsou jóga, meditace, relaxační cvičení apod. Důležitou roli hrají rovněž náboženské rituály, jejichž prostřednictvím lze vytvářet vztah nejen v horizontální, lidské rovině, ale i v rovině vertikální, transcendentní. M. Klessmann v této souvislosti uvádí: „Rituálně-symbolické jednání v pastoraci (modlitba, žehnání, svaté přijímání, pomazání a nově vzniklé formy) uskutečňuje změnu komunikačních rovin: od rozhovoru k přímé náboženské komunikaci“,³⁰⁴ a otevírá prostor pro Boží přítomnost. Kromě toho zprostředkovává „spiritual care“ v každodenní praxi množství interpersonálních a institucionálních kontaktů, které mohou přispívat k interdisciplinární spolupráci.

³⁰² Srov. tamtéž.

³⁰³ Srov. tamtéž, s. 81.

³⁰⁴ KLESSMANN, M. *Seelsorge: Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, 2008, s. 160.

Vycházíme-li tedy ze skutečnosti, že všichni členové týmů ať již v rámci nemocnic, hospiců, domovů pro seniory apod. jsou potenciálními spirituálními doprovázejícími v nejšířším slova smyslu, nabízí se otázka specifičnosti profesionální církevní pastorační péče. Podle T. Rosera pozornost, která je věnována spiritualitě v oblasti zdravotnictví, znamená, že v pluralitní společnosti již není spiritualita doménou církevní pastorační péče.³⁰⁵ Klinická pastorační péče a „spiritual care“ však mají podle jeho názoru společné to, že v centru jejich zájmu stojí člověk, který je konfrontován s život ohrožující nemocí, ať již jako pacient, rodinný příslušník či doprovázející a pečující osoba. „Spiritual care“ je organizací společné péče o osobní podílení se a účast (*Teilhabe und Teilnahme*) na životě, který je prožíván jako smysluplný, a to v nejšířším slova smyslu. Přínosem křesťanské pastorační péče je podle Rosera péče o podílení se a účast na životě prožívaném ve vztahu k Bohu, z něhož se utvářejí všechny ostatní vztahy.³⁰⁶

Podle M. Klessmanna je důležité, aby byla křesťanská pastorační péče především rozpoznatelná, a uvádí dva aspekty, které podle jeho názoru křesťanskou pastorační péči charakterizují. Prvním z nich je skutečnost, že člověk byl stvořen k obrazu Božímu a proto všem lidem přísluší bezpodmínečná a ničím nezrušitelná důstojnost. V tomto ohledu jsou si všichni lidé rovni bez ohledu na jejich sociální postavení. Druhým bodem je silný akcent, který je v židovsko-křesťanském pojetí Boha kladen na to, že Bůh není jen základem všeho bytí, ale stojí vždy na straně slabých a marginalizovaných a požaduje pro ně dosažení spravedlnosti. Podle těchto dvou přístupů by podle Klessmanna měla být křesťanská pastorační péče zřetelná.³⁰⁷

D. Nauerová upozorňuje v souvislosti se specifiky církevní klinické pastorační péče na problematičnost pojmu spiritualita. Pokud podle ní nebudou definice spirituality obsahovat žádný explicitní poukaz na transcendentno / Boha, náboženskou tradici, symboly, jako je tomu např. v definici *Německé společnosti paliativní péče*, a spiritualita bude omezeně definována jako zaměření na čistě imanentní hledání smyslu a sebe sama, nelze počítat s uzdravující Boží silou a spirituální doprovázení nemá žádný smysl.³⁰⁸ Nauerová zdůrazňuje, že nemocniční kaplani nemohou pracovat na základě neutrálního pojetí spirituality. Mají vazbu na křesťanskou církev, ke které náleží, na její

³⁰⁵ Srov. ROSER, T. *Spiritual Care: Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen*, 2. rozšíř. a aktual. vyd. Stuttgart: Kohlhammer, 2017, s. 485.

³⁰⁶ Srov. tamtéž, s. 15; dále srov. ROSER, T. *Seelsorge und Spiritual Care*, s. 69.

³⁰⁷ Srov. KLESSMANN, M. *Im Strom der Zeit ...*

³⁰⁸ Srov. NAUER, D. *Spiritual Care statt Seelsorge ?*, s. 97.

teologii, a vycházejí ze své křesťanské tradice. Pokud by nemocniční kaplani usilovali o co největší obsahovou neutrálnost, aby v kontaktu se „spiritual care“ získali více společenského a institucionálního uznání, ztratila by klinická pastorační péče svou rozpoznatelnost a odlišnost, svůj křesťanský základ.³⁰⁹

Nauerová vyzdvihuje jako podstatnou úlohu klinické pastorační péče, o níž hovoří také M. Klessmann, diakonicko-profetickou úlohu, která znamená např. již zmiňované postavení se na stranu pacientů, kteří jsou v nemocnici tzv. „na okraji“, tedy např. problémových pacientů reagujících na nemoc neklidem, strachem či agresivitou, psychiatrických pacientů, starých lidí, umírajících, tedy všech těch, kteří trpí nedostatkem kontaktů, informačním deficitem ohledně své nemoci a její léčby, a nemají dost odvahy na to, aby tyto informace od zdravotnických pracovníků požadovali. K této profetické úloze patří i kritika nemocnice coby neosobní medicínsko-technické instituce a tendence učinit z pacienta pouhý „objekt“ lékařské péče, ale také řada etických otázek apod.³¹⁰

Souhrnně lze konstatovat, že má-li být dnes klinická pastorační péče věrohodnou nabídkou pro všechny lidi, musí být profesionální nejen po odborné stránce, ale i ve schopnosti prezentovat své teoretické základy, metody a formy působení, aby byla její práce ostatním profesním skupinám srozumitelná. „Spiritual care“ představuje pro klinickou pastorační péči výzvu, aby byla schopna transparentně a jednoduchým jazykem představit svůj obsahový profil, specifičnost své práce, a to jak dovnitř – směrem k instituci, tak navenek – směrem k veřejnosti. V tomto smyslu lze předpokládat, že se bude klinická pastorační péče pod vlivem „spiritual care“ do budoucna proměňovat.³¹¹

5.4 Shrnutí

Když E. Frick uvedl, že se „spiritual care“ pomalu vyvíjí v rámci zdravotnických profesí, v kontaktu s klinickou pastorační péčí, nikoli však jako její náhrada či konkurence“,³¹² popsal tím mj. změnu paradigmatu, ke které v současné pluralitní společnosti došlo: křesťanství ztratilo monopol na poskytování spirituální péče a je

³⁰⁹ Srov. tamtéž, s. 145.

³¹⁰ Srov. tamtéž, s. 144–153; dále srov. KLESSMANN, M. Die prophetische Dimension der Seelsorge im Krankenhaus, s. 283–295.

³¹¹ Srov. NAUER, D. *Spiritual Care statt Seelsorge* ?, s. 168; s. 172

³¹² Cit. podle NAUER, D. *Spiritual Care statt Seelsorge* ?, s. 84.

pouze jedním z konceptů péče o spirituální potřeby pacientů.³¹³ Změny, které s postupující sekularizací a pluralizací společnosti nastaly a které naznačil M. Klesmann, jak je uvedeno výše, přinesly změnu pohledu na církve a s nimi spojený typ zbožnosti. Zatímco křesťanské církve jsou dnes chápány spíše negativně a s nimi spojená religiozita jako strnulá, dogmatická a zastaralá, její alternativa – neurčitě definovaný pojem spiritualita – je naopak vnímán jako pozitivní a atraktivní, jako protiklad k výše uvedenému pojetí religiozity. Podle J. Sundbracka ukazuje zájem o rozšířený, třebaže vágní či ezotericky chápaný výraz „spiritualita“, že ve středoevropských společnostech má křesťanství v tomto fenoménu zásadního partnera pro dialog, v němž by křesťanská reflexe měla vidět „znamení doby“.³¹⁴

Vedle křesťanské klinické pastorační péče se tak (nejen) v německé jazykové oblasti objevil fenomén tzv. „spiritual care“ jako sekulárního konceptu péče o pacienta, vycházejícího ze širokého pojetí pojmu spiritualita v oblasti zdravotnictví. „Spiritual care“ není módním označením křesťanské pastorační péče, jak uvádí E. Frick, ale představuje společnou péči všech zdravotnických profesí o spirituální problémy, krize a potřeby nemocných lidí.³¹⁵ „Spiritual care“ je nadřazený pojem zahrnující různé profesní skupiny pečující o nemocné a umírající pacienty a různé koncepty péče, tedy i pastorační péči církví. Ulrich H. J. Körtner v této souvislosti upozorňuje, že se v německém jazykovém prostoru ukazuje tendence k opouštění konfesně vázané pastorační péče ve prospěch „spiritual care“, která není vázána na žádnou pevnou náboženskou tradici, což vzbuzuje otázku, jaké důsledky to bude v budoucnu mít pro klinickou pastorační péči.³¹⁶

Pro klinickou pastorační péči představuje „spiritual care“ výzvu, aby se v kontaktu s ní profilovala, prokázala svou kompetenci a odbornou kvalifikaci a jasně formulovala svá specifika a svůj přínos jak pro zdravotnické zařízení, tak pro pacienty. Pro nemocniční kaplany to zároveň znamená povinnost seznamovat se s existujícími koncepty, utvářet si na ně vlastní názor, získat porozumění a zamýšlet se nad tím, co tvoří proprium křesťanské pastorační péče ve srovnání s ostatními zdravotnickými profesemi poskytujícími spirituální doprovázení v rámci „spiritual care“.

³¹³ NAUER, D. *Spiritual Care statt Seelsorge ?*, s. 174–175.

³¹⁴ Srov. FRICK, E. *Spiritual Care – ein Zeichen der Zeit?* In: *Geist und Leben: Zeitschrift für christliche Spiritualität*, roč. 87, č. 3. Würzburg: Echter, 2014, s. 275.

³¹⁵ Srov. tamtéž, s. 284.

³¹⁶ Srov. KÖRTNER, U. H. J. *Leib und Leben*, s. 93–94.

V České republice se v současné době podobné diskuse o sekulárním konceptu péče o nemocné, podobně jako je tomu v německy mluvících zemích, nevedou. To však neznamená, že se zde podobné úvahy v minulosti neobjevily. V roce 2006 byla v rámci Společnosti lékařské etiky České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně založena *Sekce krizové asistence* sdružující teology, lékaře, zdravotní sestry, psychology a sympatizující z různých denominací i nezařazené v církvi. Cílem této sekce byla podpora péče o spirituální potřeby pacientů, jejich příbuzných i personálu ve zdravotnických a sociálních zařízeních, přičemž spirituální péče byla definována jako péče, která „se týká jakéhokoliv člověka jako celistvé bytosti. Nabízí možnost pomoci porozumět příběhu života, lidsky důstojně zvládat obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možno důvěřovat v další fázi existence. Zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty a může obsahovat specifické náboženské prvky přiměřené zvyklostem klientů.“³¹⁷ Sekce rovněž uvažovala nad možností zřízení nové profese krizového asistenta, který by byl součástí ošetrovatelského týmu a posílil by stávající péči poskytovanou církvemi. Krizoví asistenti měli mít vysokoškolské vzdělání (zdravotnické, teologické nebo psychologické) a absolvovaný specializační akreditovaný kurz (MZ ČR), který by zajistil kontrolu a kvalitu výběru uchazečů.³¹⁸ Tato myšlenka byla prezentována také na konferenci *Paliativní medicína* v roce 2010. Krizoví asistenti byli přejmenováni na krizové spirituální pracovníky bez nutnosti jejich vazby na církve. Měli provázet pacienty existenciálními (nikoli teologickými) otázkami a úzce spolupracovat jak s nemocničními kaplany, tak se zdravotníky, jejichž úkolem by byla spirituální anamnéza pacientů.³¹⁹

Jak je z výše uvedeného patrné, i v České republice se objevila myšlenka péče o „nevěřící“ pacienty, vycházející ze širšího pojetí spirituální péče, která by byla v kompetenci krizových asistentů resp. krizových spirituálních pracovníků, kteří by – jak bylo předpokládáno – mohli být pro část sekulární populace přijatelnější než duchovní či nemocniční kaplani. Inspirace konceptem „spiritual care“ jakožto nadkonfesní péče, která je otevřená spirituálním potřebám pacientů i pracovníků ve zdravotnických profesích a nabízí doprovázení i těm, kteří nejsou členy žádné církve, deklarují svou nevíru, svůj nezájem o službu nemocničních kaplanů a chtějí si sami

³¹⁷ KALVÍNSKÁ, E. *Sekce krizové asistence Společnosti lékařské etiky ČLS JEP*. Dostupné na WWW: <<https://docplayer.cz/8283503-Sekce-krizove-asistence-spolecnosti-lekarske-etiky-cls-jep.html>>.

³¹⁸ Srov. tamtéž.

³¹⁹ KALVÍNSKÁ, E. *Spirituální péče ve zdravotnictví*. Dostupné na WWW: <<https://slideplayer.cz/slide/2741182/>>.

vybrat svého „spirituálního doprovázejícího“, k němuž mají důvěru,³²⁰ je zde zřejmá. Autorka výše uvedeného „českého“ pojetí péče o pacienty v roce 2014 tragicky zahynula a nikdo další její myšlenku u nás zatím nerozvíjel.

Jak zkušenosti z německy mluvících zemí, ale ostatně i iniciativa vzešlá z českého prostředí, ukazují, existují v pluralitní společnosti i v oblasti péče o těžce nemocné a umírající pacienty různé „spirituální nabídky“ a neexistuje pouze jeden, pro všechny platný, z křesťanské tradice vycházející koncept péče o tyto pacienty. Úvahy jdou spíše směrem k formě péče, která by představovala obsáhlejší, interdisciplinární koncept péče a doprovázení, zahrnující i konfesně vázanou pastorační péči různých církví, vycházela by vstříc pacientům, jejich blízkým i zaměstnancům ve zdravotnických profesích, dobrovolníkům apod. podle jejich spirituálního zaměření a nabídla by doprovázení v období strachu, krizí, zármutku nejen nemocničními kaplany. Zkušenosti z německy mluvících zemí tak mohou být v tomto smyslu impulsem pro úvahy nad pojetím a postavením klinické pastorační péče i u nás, kterými se bude podrobněji zabývat závěrečná, osmá kapitola.

³²⁰ Srov. BOOTHE, B., FRICK, E. *Spiritual Care: Über das Leben und Sterben*. Zürich: Orell Füssli Verlag AG, 2017, s. 138; s. 142.

6. Současný společenský kontext pro realizaci služby nemocným: výzkum – *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných*

Kapitoly čtyři a pět, spadající pod krok *Kairologie* Zulehnerovy metody, se zabývaly analýzou současného společenského kontextu, v němž je realizována praxe církve, a to jak v obecné, teoretické rovině, tak konkrétně v oblasti péče o nemocné. Následující šestá kapitola je praktická, tvoří ji výzkum, který byl realizován za finanční pomoci Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v rámci individuálního grantového projektu specifického výzkumu GAJU č. 0128/2018/H a zabývá se vlivem závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných. Navazuje tak na předchozí dvě kapitoly a zkoumá – tentokrát z praktického úhlu pohledu – kontext, v němž se odehrává praxe církve v oblasti péče o nemocné.

6.1 Současný stav bádání k tématu výzkumu

V českém prostředí existuje řada odborných studií a publikací zabývajících se otázkou „tradiční“ či „alternativní“ spirituality a religiozity z hlediska sociologického, religionistického, psychologického, ale také z hlediska sociální práce a pomáhajících profesí obecně. Jako příklad lze jmenovat studie a publikace E. Křížové *Specific Techniques of Exploring Spirituality as Part of Holistic Social Work, Czech and Slovak Social Work: ERIS Journal* 4/2016; J. Kaňáka *Postavení diskursu spirituality v sociální práci, Sociální práce / Sociálna práca* 4/2015; Z. Vojtíška *Pozitivní přístup ke spiritualitě, Sborník příspěvků 1. konference pozitivní psychologie v České republice CPPC 2012*, ed. Alena Slezáčková Brno: Masarykova univerzita, 2013; Z. Votíška, P. Duška a J. Motla *Spiritualita v pomáhajících profesích*, Z. R. Nešpora *Příliš slábi ve víře. Česká ne / religiozita v evropském kontextu* či studii J. Doležela *Spirituální citlivost charitních služeb: Proč a jak pracovat se spirituální dimenzí životní situace klientů, Caritas et veritas* 7/2017.

Spiritualita a religiozita jsou rovněž předmětem odborného diskursu v ošetrovatelství, paliativní péči, onkologii, geriatrici aj. Pro ilustraci uvedme publikace a příspěvky autorů E. Hajnové Fukasové, R. Bužgové, D. Feltla, *Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči, Klinická onkologie* 1/2015; E. Hajnové, R. Bužgové

Hodnocení spirituálních potřeb u pacientů s onkologickým onemocněním: pilotní studie, *Ošetrovatelství a porodní asistence* 4/2013; M. Svatošové *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* či J. Němcové *Saturace spirituálních potřeb pacientů*, *Diagnóza v ošetrovatelství* 1/2010, aj.

Zůstaneme-li v oblasti medicíny, pak jednomu z druhů „alternativní“ spirituality, „alternativní“ medicíně, a zkušenostem české populace s tímto fenoménem, se věnuje již zmiňovaná E. Křížová v publikaci *Alternativní medicína v České republice* a dále ve dvou výzkumných projektech: v grantu agentury Research Support Scheme *Use of Alternative/Complementary Medicine in the Czech Republic* a v dvouletém projektu v rámci Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR *Sociologické, etické a filosofické aspekty nekonvenční medicíny*. Výsledky z těchto projektů byly prezentovány např. v knize *Alternativní medicína jako problém* či v článcích *Nekonvenční medicína z pohledu praktických lékařů* a *Jak užívají čeští pacienti alternativní léčebné postupy a jak hodnotí jejich efekty?*.

Ze zahraničních publikací z německojazyčné oblasti uveďme např. články H. Knoblaucha k tématu *spiritualita / religiozita* a *alternativní spiritualita / religiozita* jako *Populäre Spiritualität; Vom New Age zur populären Spiritualität* či knihu *Populäre Religion. Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft*. Problematikou vztahu spirituality a medicíny a vlivu spirituality / religiozity na proces uzdravování se zabývají autoři jako E. Weiher v knize *Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende*, E. Frick a T. Roser (ed.) v knize *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, či lékař A. Büssing, autor řady publikací na téma vztahu spirituality / religiozity a medicíny, spirituality a copingu, kvality života v souvislosti se závažným onemocněním, nefarmakologické terapie (jóga, meditace) aj. Za všechny jmenujme např. publikace *Transformative Aspekte der Spiritualität. Die Haltung der Zuwendung zum Anderen* z roku 2020 či *Measures of Spirituality/Religiosity* z roku 2019. K dalším významným odborníkům z německé jazykové oblasti, kteří se věnují této tematice, patří např. M. Belok, C. Kohli Reichenbachová, B. a A. Hellerovi, M. Klessmann, D. Nauerová a řada dalších.

Kromě výše zmíněných existuje celá řada starších odborných publikací a empirických výzkumů především ze Spojených států amerických zabývajících se souvislostí mezi vírou / spiritualitou a fyzickým a psychickým zdravím, ilustrujících masivním zájmem o spiritualitu / religiozitu a jejich vliv na zdraví v 80. a 90. letech 20.

století. Patří k nim publikace autorů jako C. B. Cohen et al., *Prayer as Therapy – A Challenge to Both Religious Belief and Professional Ethics*, *Hastings Center Report*, 30/3, 2000; J. C. Holland et al., *The Role of Religious and Spiritual Beliefs in Coping with Malignant Melanoma*, *Psycho-Oncology* 8/1999; B. Spilka *Religion and Coping with Crisis*, in: *Encyclopedia of Adult Development*, (ed.) Robert Kastenbaum, 1993; J. F. Schumaker, *Religion and mental health*, 1992; J. S. Levin et al., *Is There a Religious Factor and Health ?*, *Journal of Religion and Health*, 26/1987 a celá řada dalších.

Jak je z výše uvedeného patrné, věnují se jmenované odborné články a publikace dané problematice z hlediska svého oboru (sociologie, religionistika, psychologie aj.) či specifického okruhu dílčích témat (jednotlivé druhy „alternativní“ medicíny, nová náboženská hnutí apod.); v oblasti medicíny pak zkoumají spirituální potřeby nemocných ve vztahu k jejich onemocnění či vliv spirituality / religiozity na fyzické a duševní zdraví a pohodu pacienta. Žádný z výzkumů ani žádná ze studií a publikací se však nezabývá opačným vztahem, totiž výzkumem vlivu závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných. Zatímco tedy spirituální potřeby nemocných v souvislosti se závažným onemocněním či vliv spirituality / religiozity na proces uzdravování jsou častým předmětem výzkumného zájmu, u opačného vztahu – vlivu závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných není podobný zájem zřejmý a neexistuje ani relevantní literatura k tomuto tématu. Tato skutečnost proto byla nejen významným podnětem k realizaci níže uvedeného výzkumu, ale také důvodem, proč je v předložené disertační práci zmíněn současný stav bádání až v kapitole šesté a nikoli v úvodu práce, jak bývá zvykem. V předešlé, teoretické části práce je dosavadní stav bádání průběžně zohledňován v odkazech na relevantní literaturu. Empirická část práce z této literatury rovněž čerpá, neobsahuje však žádné odborné publikace týkající se přímo tématu výzkumu a považovali jsme proto za vhodné objasnit tuto skutečnost v jejím úvodu.

6.2 Metodologie výzkumu

Praktická část předložené disertační práce představuje výsledky kvalitativního výzkumu nazvaného *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných* realizovaného v roce 2018. Výzkumný soubor tvořilo dvacet respondentů různých věkových kategorií z Jihočeského kraje se závažným

onemocněním, z nichž polovina byla tzv. „tradičně“ a polovina tzv. „alternativně“ věřících. Výzkum se zaměřil na odraz tohoto závažného onemocnění jakožto mezní životní situace ve spiritualitě respondentů v kontextu klinické pastorační péče, a to v aspektech uvedených níže.

6.2.1 Metoda sběru dat

Vlastní výzkum probíhal v období března až květen 2018 v regionu jižních Čech. Oproti původně zamýšlené metodě dotazníkového šetření prostřednictvím kvantitativního výzkumu s předpokládanými 500 dotazníky byl pro sběr dat zvolen kvalitativní výzkum prováděný metodou polostrukturovaného rozhovoru. Ten sice neumožňuje získat data od takového množství respondentů³²¹ jako kvantitativní výzkum, jevil se však vhodnějším vzhledem k osobní povaze otázek, citlivému tématu závažného onemocnění a víry, možnosti hloubkového rozhovoru a flexibilitě. Polostrukturované dotazování tak mělo definovaný výzkumný cíl a osnovu výzkumných otázek, zároveň dávalo možnost tyto otázky modifikovat či doplňovat v průběhu samotného rozhovoru a ověřit, zda dotazované otázkám porozuměl.

Výzkum probíhal v přirozeném prostředí a kromě odpovědí na položené otázky dal respondentům i dostatek prostoru pro vyprávění jejich často spleťtých životních příběhů a vyjádření – někdy pro ně samotné nečekaných – emocí. Poskytl tak velký objem dat získaných nejen explicitně z přímých odpovědí respondentů, ale i z dalšího, mnohdy velmi osobního vyprávění respondentů, v němž byly některé odpovědi obsaženy implicitně. Ačkoli ne všechna data byla později využita a vyprávění respondentů, které se přímo netýkalo tématu, zvyšovalo nároky na transkripci, ukázalo se jako přínosné pro obě strany. Autorka práce získala ucelenější představu o názorech, motivacích, zázemí respondentů apod., které utvářely jejich spirituální postoje, respondentům poskytlo možnost hlouběji se zamyslet nad vlastní spiritualitou, ohlédnout se za svým dosavadním životem ovlivněným vážnou nemocí a nad přístupem k sobě i k druhým lidem v době před nemocí a v jejím průběhu.

Odpovědi respondentů byly pro doplnění a prohloubení poznatků z tohoto kvalitativního výzkumu porovnávány s výsledky jiných, jak kvalitativních, tak kvantitativních šetření zabývajících se obdobnou tematikou.

³²¹ Ačkoli se lze v kvalitativních výzkumech setkat i s termínem „komunikační partner“, je v tomto článku ponechán výraz „respondent“, který podle našeho názoru lépe vystihuje charakter tohoto výzkumu a který užívá např. i J. Hendl. Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*, 4., přeprac. a rozšíř. vyd., Praha: Portál, 2016, s. 168–170.

6.2.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Výzkum se zaměřil na nemocné, kteří prodělali či prodělávají níže specifikovaná závažná onemocnění s cílem zjistit, zda situace vážně nemocných otevírá prostor pro etablované náboženství (v kontextu české společnosti křesťanství) či různé druhy „alternativní“ spirituality, zda může závažné onemocnění ovlivnit stávající „tradiční“ i „alternativní“ spirituální postoje nemocných ve smyslu jejich upevnění, oslabení případně ztráty, dále zda může závažné onemocnění měnit „tradiční“ spirituální postoje směrem k „alternativním“ a naopak, a konečně porovnat vliv závažného onemocnění na spirituální postoje jak těch respondentů, kteří se deklarují jako „tradičně“ věřící, tak těch, kteří se deklarují jako „alternativně“ věřící.

Výzkum byl zaměřen na dva hlavní cíle. Prvním z nich bylo zjistit, jaké faktory se podílely na utváření „tradiční“ či „alternativní“ spirituality respondentů. Druhým cílem pak bylo zodpovědět otázku, jakým způsobem ovlivňuje závažné onemocnění „tradiční“ i „alternativní“ spirituální postoje nemocných. Za tímto účelem byly definovány dvě stěžejní výzkumné otázky a jejich podotázky.

Základní výzkumné otázky, které jsme si kladli, byli následující:

1.) **Jaké faktory se podílely na utváření „tradiční“ či „alternativní“ spirituality respondentů?**

Podotázka:

Jakým způsobem tyto faktory ovlivnily jejich spirituální postoje v době před závažným onemocněním?

2.) **Jakým způsobem se závažné onemocnění promítá do „tradiční“ či „alternativní“ spirituality respondentů?**

Podotázky:

Do jaké míry otvírá závažné onemocnění prostor pro „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu respondentů?

Vede závažné onemocnění ke změně stávající „tradiční“ / „alternativní“ spirituality ve smyslu jejího upevnění, oslabení či ztráty?

Dochází v důsledku závažného onemocnění ke změně „tradičních“ spirituálních postojů směrem k „alternativním“ a naopak?

6.2.3 Postup výzkumu

Před zahájením vlastního výzkumu bylo zapotřebí stanovit kritéria výběru respondentů, způsob jejich kontaktování, seznámit respondenty s účelem výzkumu, způsobem získání dat a jejich dalšího využití. Dále bylo třeba zvolit vhodné prostředí, ve kterém budou rozhovory realizovány a které bude nejen poskytovat dostatek soukromí respondentům, ale bude zároveň vhodné i pro nahrávání rozhovorů na diktafon. V neposlední řadě bylo nezbytné získat souhlas respondentů k uskutečnění rozhovorů.

Otázky, které byly pro výzkum definovány, byly ještě před jeho započítím položeny dvěma respondentům, kteří nebyli součástí výzkumného vzorku, a s jejich pomocí byly modifikovány tak, aby byly pro vlastní účastníky výzkumu dostatečně srozumitelné.

6.2.3.1 Výběr a oslovení respondentů

Data byla získána od respondentů z Jihočeského kraje se snahou o rovnoměrné zastoupení mužů i žen, které bylo prvním kritériem, neboť výzkum nebyl zaměřen pouze na jedno pohlaví. Dalšími důležitými kritérii výběru respondentů bylo prodělané či prodělávané závažné onemocnění a věk respondentů. Druh onemocnění nebyl rozhodující, důraz byl však kladen na jeho závažnost, tedy na to, aby se jednalo o onemocnění, u něhož je předpoklad, že si respondent v souvislosti s ním bude klást zásadní existenciální otázky. Pokud jde o věk respondentů, horní věková hranice nebyla omezena, dolní věková hranice byla stanovena na 20 let s přihlédnutím k tomu, že věk od 20 do 25–30 let je z hlediska vývojové psychologie považován za období časně dospělosti, kdy je již dosaženo osobní zralosti, dochází k upevnění identity dospělého, upřesnění osobních i profesních cílů a mnohdy již také k zakládání vlastní rodiny.³²² Tito respondenti by tedy již měli být schopni zamýšlet se seriózněji a hlouběji nad otázkami souvisejícími se smyslem, hodnotou života a vlastní spirituální orientací v souvislosti se závažným onemocněním. Posledním kritériem byla – vzhledem

³²² Srov. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, s. 167–170.

k předmětu výzkumu – víra respondentů, tedy zda jsou tzv. „tradičně“ či „alternativně“ věřící.

Celkem bylo osloveno třicet respondentů, osm z nich účast ve výzkumu odmítlo, dva – žena a muž ve věku 73 a 80 let – nebyli zahrnuti do vlastního výzkumu, ale s jejich pomocí byla ověřena srozumitelnost a jasnost výzkumných otázek před jejich konečnou formulací, jak bylo uvedeno výše. Výzkum byl proveden na vzorku dvaceti respondentů, z nichž nejmladšímu bylo v době výzkumu 28 let, nejstaršímu 75 let. Deset respondentů bylo ve skupině tzv. „tradičně“ věřících a deset ve skupině tzv. „alternativně“ věřících, přičemž v první skupině bylo rovnoměrné zastoupení mužů i žen (5 + 5), ve druhé skupině byl výrazně vyšší podíl žen (8 + 2), což odpovídá i zjištěním jiných výzkumů, podle nichž ženy častěji než muži věří v amulety, horoskopy, léčitele i věštce, a to bez ohledu na své vzdělání, věk, ekonomickou aktivitu, velikost místa bydliště, aj.³²³ Z celkového počtu dvaceti respondentů mělo osm vysokoškolské vzdělání, zbylých dvanáct respondentů absolvovalo střední odbornou školu či střední odborné učiliště s maturitou.

Pokud jde o druh závažného onemocnění, jedenáct respondentů mělo onemocnění onkologické, čtyři respondenti onemocnění psychiatrické, dva kardiovaskulární a po jednom respondentovi onemocnění gastroenterologické, metabolické a plicní. V průběhu psaní této práce dva respondenti svému závažnému onemocnění podleli.

6.2.3.2 Realizace rozhovorů a etický aspekt

Všichni respondenti byli osloveni osobně, prvními respondenty byli zběžně známí lidé z bezprostředního okolí autorky této práce, kteří následně doporučili další možné respondenty a pomohli se zprostředkováním kontaktů. Poté bylo postupováno metodou „sněhové koule“.

Původní záměr provádět výzkum ve spolupráci se Sdružením onkologických pacientů ARCUS–ŽIVOT z Českých Budějovic a dalšími podobnými sdruženími, se kterými ARCUS spolupracuje, nebyl nakonec realizován, neboť se jako efektivnější ukázala být právě metoda tzv. „sněhové koule“, kdy respondenti sami doporučovali další své známé. Tato metoda se ukázala být cenná zejména u skupiny tzv. „alternativně“ věřících, v níž bylo překvapivě mnohem obtížnější získávat respondenty pro výzkum, než u skupiny tzv. „tradičně“ věřících. Ačkoli se lze s nejrůznějšími

³²³ Srov. HAMPLOVÁ, D. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*, s. 110; dále srov. NEŠPOROVÁ, O. *Českolipská necírkevní spirituální scéna*, s. 150.

nabídkami „alternativní“ spirituality setkat na plakátech na veřejných prostranstvích i na letácích v domovních schránkách, svůj zájem o „alternativní“ spiritualitu nikdo veřejně deklarovat nechtěl a teprve po získání prvního respondenta z této skupiny se postupně podařilo kontaktovat další. Před realizací vlastního dotazování bylo telefonickým rozhovorem s respondenty ověřeno, zda splňují výše uvedená kritéria, poté byly upřesněny informace o místě a čase setkání, které si respondenti volili sami.

Rozhovory probíhaly v různých prostředích podle volby respondentů (domácí prostředí, pracoviště respondentů, konzultační místnost na TF JU), bez účasti třetích osob, vždy se však jednalo o bezpečné místo. Před samotným dotazováním byli respondenti informováni o účelu rozhovoru a o tom, že rozhovor bude nahráván na diktafon a následně přepsán, avšak získaná data – s výjimkou dat demografických – zůstanou anonymní, aby byla zachována důvěrnost a nebylo nijak možné identifikovat účastníky výzkumu. Na základě této informace byli respondenti dotázáni, zda souhlasí s uskutečněním rozhovoru ve smyslu poučeného souhlasu.³²⁴

Průměrná délka hlavní fáze rozhovorů činila asi 35 minut, celková délka s úvodní a ukončovací fází, v níž byly položeny i otázky týkající se demografických údajů, cca 45–50 minut, přičemž muži byli ve svých odpovědích zpravidla stručnější a zaměřovali se více na přímé odpovědi na otázky, ženy naopak své odpovědi více rozváděly a hovořily i o dalších tématech nepřímo souvisejících s výzkumem. Rozhovory byly zahájeny obecnými otázkami, které pomohly navázat kontakt s respondenty, poskytly jim prostor k uvolnění a následnému spontánnímu vyprávění. Na závěr dotazování byly položeny otázky týkající se demografických údajů.

Vzhledem k poměrně osobnímu charakteru některých otázek, kterých se výzkum týkal, konkrétně závažného onemocnění a víry respondentů, bylo třeba vzít v úvahu také etické hledisko. V průběhu celého výzkumu byl kladen důraz na dodržování etických zásad zachování důvěrnosti a poučeného souhlasu. Citlivá otázka povahy onemocnění byla položena pouze v obecné rovině, konkrétní diagnóza ani prognóza nemoci nebyla předmětem výzkumu a není rovněž uvedena žádná spojitost mezi určitým druhem onemocnění a konkrétním respondentem. Jména respondentů byla pro účely článku změněna tak, aby žádné z použitých křestních jmen neodpovídalo skutečným jménům respondentů.

³²⁴ Srov. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 46–49.

Pokud jde o otázku víry, příslušnost ke skupině „tradičně“ či „alternativně“ věřících byla určována podle toho, jak se respondenti sami deklarovali a následně pomocí dvou skupin upřesňujících otázek, které byly použity v šetřeních uváděných socioložkou D. Hamplovou. Jednalo se o otázky – věříte v: Boha?, posmrtný život?, nebe?, peklo?, zázraky? A dále věříte v: amulety?, reinkarnaci?, léčitele?, věštce?, astrologii?,³²⁵ přičemž míra souhlasu v jedné i druhé skupině otázek nebyla dle očekávání u všech výroků stejně vysoká, podstatný však byl souhlas s jedním či druhým typem otázek.

V souvislosti s realizovaným výzkumem je třeba ocenit otevřenost, s jakou respondenti k rozhovorům přistupovali, a ochotu dát nahlédnout do nejrůznějších, mnohdy velmi intimních zákoutí svého nitra. I když muži byli ve svých výpovědích stručnější než ženy, i oni se, pokud již svolili k rozhovoru, vyznačovali velkou otevřeností. Rozhovory tak nebyly zaměřeny pouze na získání informací, ale umožnily respondentům hlouběji se zamyslet nad vlastní spiritualitou, ohlédnout se za svým dosavadním životem ovlivněným vážnou nemocí a nad přístupem k sobě i k druhým lidem v době před nemocí a v jejím průběhu, jak bylo uvedeno výše.

Následující tabulka uvádí základní údaje o respondentech:

Tab. č. 1 Informace o respondentech

„Tradičně“ věřící				„Alternativně“ věřící			
<i>Pseudonym</i>	<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Pokřtěný/á</i>	<i>Pseudonym</i>	<i>Věk</i>	<i>Vzdělání</i>	<i>Pokřtěný/á</i>
David	41	VŠ	ANO (CČSH)	Ivana	47	SOU	ANO (ŘKC)
Zdena	75	SŠ	ANO (ŘKC)	Jarmila	45	SŠ	ANO (ŘKC)
Alena	40	VŠ	ANO (ŘKC)	Karolína	67	SŠ	ANO (ŘKC)
Irma	42	SŠ	ANO (ŘKC)	Milada	66	VŠ	NE
Květa	53	VŠ	ANO (ŘKC)	Jindřiška	68	SŠ	ANO (ŘKC)
Věra	28	VŠ	ANO (ŘKC)	Vendula	48	SŠ	NE
Marek	47	VŠ	ANO (ŘKC)	Jakub	37	SŠ	ANO (ŘKC)
Petr	65	VŠ	ANO (Církev bratrská)	Dana	43	SŠ	ANO (neví)
Adam	58	VŠ	ANO (ŘKC)	Gabriela	43	SŠ	ANO (ŘKC)
Pavel	50	SŠ	ANO (ČCE)	Daniel	60	SŠ	ANO (ŘKC)

³²⁵ Srov. HAMPLOVÁ, D. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*, s. 59–61.

6.2.4 Způsob analýzy a zpracování dat

Zpracování dat probíhalo cestou tematické analýzy založené na doslovné transkripci dvaceti rozhovorů a otevřeném kódování. Mezi transkripcí a kódováním textu nebyla provedena redukce prvního řádu, jak ji doporučuje např. M. Miovský.³²⁶ Texty byly ponechány v celém rozsahu, tedy i s pasážemi, které na položené otázky přímo neodpovídaly, s nedokončenými větami apod., neboť ty často dokreslovaly názory respondentů a ozřejmovaly to, co se respondenti ať již z jakéhokoli důvodu zdráhali explicitně pojmenovat.

Vlastní analýza rozhovorů probíhala pomocí otevřeného kódování, tzn. zařazování slov, sousloví, odstavců do obsahově podobných kategorií výroků a jejich subkategorií, přičemž tyto kategorie vznikaly induktivní cestou, tedy nikoli předem, ale až při samotném čtení textu. Ačkoli je otevřené kódování spojeno s tzv. metodou zakotvené teorie,³²⁷ je, jak uvádí V. Suchomelová, „využíváno i dalšími analytickými přístupy pro svou jednoduchost a efektivnost při roztřídění velkého objemu dat“³²⁸, a bylo proto použito i v tomto výzkumu.

V počáteční fázi čtení textu byly barevně označeny hlavní tematické okruhy. Pro každý okruh byla zvolena jiná barva, umožňující následnou snazší orientaci v textu, jak navrhuje M. Miovský.³²⁹ Ke každému tematickému okruhu byly následně vytvořeny základní kategorie – kódy v barvě odpovídající danému tématu, kterými byly označeny opakující se, pro výzkum relevantní výroky, jejichž výskyt tak byl díky barevnému odlišení v textu velmi přehledný.

Ve druhé fázi kódování byly znovu procházeny jednotlivé texty, jejich části byly přiřazovány k základním kategoriím vytvořeným v první fázi, a v případě potřeby došlo k vytvoření kategorie nové. Zároveň byly k základním kategoriím vytvářeny potřebné subkategorie, které – stejně jako základní kategorie – vznikaly induktivní cestou.³³⁰ Opakovaným čtením textů a označováním relevantních výpovědí tak bylo k základním kódům získáváno stále více informací.

První, hrubé rozčlenění textu bylo provedeno metodou „tužka – papír“, následně byly texty zpracovány za pomoci softwarového programu MAXQDA. Vztahy mezi

³²⁶ Srov. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Praha: Grada, 2006.

³²⁷ Srov. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce; Boskovice: Albert, 1999.

³²⁸ SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*, s. 130.

³²⁹ Srov. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*.

³³⁰ Více ke kvalitativnímu výzkumu a druhům kódování srov. např. Jan HENDL, *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*, 4., přeprac. a rozšíř. vyd.

kategoriemi a subkategoriemi byly rovněž znázorněny pomocí tzv. myšlenkových map v aplikaci MINDLY.³³¹ Tematická analýza umožnila získat ze zkoumaných textů množství výpovědí, postojů, názorů k jednotlivým tematickým okruhům. Ty byly poté pro doplnění a prohloubení porovnávány s výsledky a poznatky jiných kvantitativních a kvalitativních výzkumů, jak bylo uvedeno výše.

6.3 Výsledky výzkumu a vyhodnocení získaných dat

V následující části práce jsou představeny, vyhodnoceny a shrnuty odpovědi respondentů, které poskytly na výše položené výzkumné otázky. Otázky se týkaly dvou oblastí: stěžejních faktorů ovlivňujících utváření „tradiční“ či „alternativní“ spirituality respondentů v průběhu jejich života a způsobu, jakým se do jejich „tradiční“ či „alternativní“ spirituality promítá závažné onemocnění. V této souvislosti bylo zkoumáno, do jaké míry otvírá toto závažné onemocnění prostor pro „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu respondentů, zda závažné onemocnění vede ke změně jejich stávající „tradiční“ či „alternativní“ spirituality a zda v důsledku závažného onemocnění dochází ke změně „tradičních“ spirituálních postojů respondentů směrem k „alternativním“ a naopak.

Odpovědi respondentů byly následně porovnány s teoretickými východisky a stávající praxí, resp. stanovenými kritérii v následující kapitole v rámci druhého kroku Zulehnerovy metody *Kairologie*, konkrétně v jeho mezikroku nazvaném *teologický výklad*.

6.3.1 Utváření a proměna spirituality v průběhu života

V první části analýzy dat šlo o hledání stěžejních faktorů, které měly vliv na utváření „tradiční“ či „alternativní“ spirituality respondentů v průběhu jejich života a v době před závažným onemocněním. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že lze rozlišit zhruba tři základní faktory: kořeny víry v rodině a utváření představ o Bohu v dětství, tedy to, co bychom mohli souhrnně označit jako *podobu rané náboženské socializace*, dále *významné životní předěly* a konečně *závažné onemocnění*, o němž bude podrobně pojednáno níže.

³³¹ K původu mentálních map viz např. SOUKUP, M. *Terénní výzkum v sociální a kulturní antropologii*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2014, s. 114–117.

Důležitým faktorem utvářejícím základní orientaci směrem k „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitě respondentů byla jejich *náboženská socializace v dětství*. O jejím vlivu na duchovní vývoj, vztah k transcendentnu apod., se zmiňuje např. V. Suchomelová,³³² o významu zprostředkování tradice rodiči a církví pro náboženský vývoj dítěte, jeho představy o Bohu či vztahu k církvi hovoří také psychologie náboženství.³³³ Vliv na pozdější spiritualitu tzv. „tradičně“ věřících respondentů se projevil ve dvou ohledech. Prvním z nich byla její výrazná sociální dimenze – náboženské aktivity se odehrávaly v rámci rodiny či církve. Pro respondenty ve skupině tzv. „tradičně“ věřících byly ve většině případů víra a náboženství přirozenou součástí života od dětství v podobě víceméně pravidelné nedělní návštěvy bohoslužeb, modlitby, četby Písma, účasti na poutích a na životě společenství, které byly u jednotlivých respondentů zastoupeny různou měrou. Rozhodujícím prvkem při zprostředkování tradice, praktikování víry apod. byla podle odpovědí respondentů maminka či babička. Paní Zdena (75 let) např. uvádí: *„S maminkou jsem chodila do kostela asi do své puberty. Chodily jsme každou neděli“*. Další respondenti odpovídali v zásadě podobně: *„Do kostela se mnou maminka chodila už jako s dítětem“* (Alena, 40 let). *„Chodili jsme s maminkou pravidelně v neděli do kostela až do svých čtrnácti let“* (Marek, 47 let). Jak však výzkum ukázal, pokud respondenti vnímali návštěvu bohoslužeb a další religiozní praktiky jako povinnost, zvyk či dokonce donucení, v období *významných životních předělů*, kdy tato „povinnost“ zmizela, je na delší či kratší dobu nahradili jinými aktivitami. Pan Adam (58 let), který sám v dětství ministroval, to shrnul takto: *„V tom dětství to berete trochu jako povinnost, že musíte, ta víra vám tolik neříká, jako že po ní prahnete, ale prostě, na začátku je to jako taková povinnost. Dneska se pomodlím, dneska jdeme do kostela, je neděle ...“* Podobně hovořila i paní Irma (42 let): *„Babička nás nutila, (...) ona nás nutila vždycky večer se pomodlit Andělíčku, můj strážníčku, ona nás nutila v neděli ráno vstávat do kostela“*.

K oněm výše uvedeným *životním předělům* patřily vstup na vysokou školu, který u některých respondentů vzbudil zájem o různé „alternativní“ fenomény, dále sňatek, kdy pod vlivem druhého partnera přestal věřící partner na čas praktikovat, a zejména změna politických poměrů v roce 1989, která u řady respondentů vzbudila zájem o „alternativní“ spiritualitu (např. paní Alena, 40 let; paní Květa, 53 let; pan Marek, 47 let či paní Zdena, 75 let: *„To byl rok 1988 nebo 1987, to už tady začínaly různý*

³³² Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*, s. 136.

³³³ Srov. HOLM, N. G. *Úvod do psychologie náboženství*, Praha: Portál, 1998, s. 77–80.

duchovní přednášky a mně chybělo to duchovno. Jak sem začaly jít takový ty duchovní věci, tak najednou jsem zjistila, že mi něco chybí. Že to potřebuju k životu. Chodila jsem na jógu, na léčitelství přednášky, jezdila jsem do Brna na homeopatickou dvouroční školu.“).

Za druhé analýza dat ukázala, že u těch respondentů, jejichž rodiny byly méně „ortodoxní“ a jejichž návštěva bohoslužeb, náboženský život a religiózní praktiky byly nepravidelné a málo intenzivní, došlo v období *významných životních předělů* k utlumení zájmu o křesťanství, či dokonce k dočasné převaze zájmu o „alternativní“ spiritualitu. Toto zjištění koresponduje s výsledky kvantitativního výzkumu *DIN 2006*, podle něhož je v českém prostředí pravděpodobnost, že respondent bude věřit prvkům křesťanské věrouky, ale i pravděpodobnost, že bude věřit tzv. „alternativním“ fenoménům, významně ovlivněna návštěvností bohoslužeb v dětství, přičemž důležitou roli hraje četnost těchto návštěv. Nejsilnější víra v amulety, horoskopy, schopnosti věštců apod. byla u těch, kdo chodili v dětství na bohoslužby jen čas od času (tj. méně než 1 x měsíčně). Významnou roli zde kromě toho hrála i náboženská socializace v rodině.³³⁴

Podle D. Hamplové hraje při náboženské socializaci roli „i to, v jakém prostředí náboženská socializace probíhala a které z náboženských tradic předávají ‚tradiční‘ či ‚alternativní‘ víru do dalších generací.“³³⁵ Hamplová proto zkoumala, k jakému náboženskému vyznání se hlásila matka respondenta v době jeho 10 – 12 let, přičemž v úvahu byly vzaty tři skupiny: Církev římskokatolická, Církev československá husitská a skupina tzv. ostatních křesťanských, do níž patřila Českobratrská církev evangelická a ostatní křesťanské církve. Podle výsledků šetření „zvýšenou inklinaci k ‚alternativní‘ religiozitě můžeme najít pouze mezi těmi, kteří vyrůstali v prostředí Československé církve husitské, což odpovídá liberálnímu a teologicky proměnlivému charakteru této náboženské společnosti.“³³⁶

Zásadní změnou pro respondenty byl naproti tomu okamžik „zvnitřnění“ jejich víry a vytvoření osobního vztahu k Bohu, který je přivedl zpět ke křesťanství. Tomu odpovídá i zjištění G. Allporta, který v první polovině 20. století vymezil dva typy víry: víru intrinsickou a víru extrinsickou. Intrinsická, neboli vnitřní víra vychází z hloubi nitra člověka jako jeho bytostné přesvědčení, kterému věří a podle něhož žije, a vytváří

³³⁴ Srov. HAMPLOVÁ, D. Čemu Češi věří, s. 714–715.

³³⁵ Tamtéž, s. 715.

³³⁶ Tamtéž.

rámec pro smysluplnost vlastního života. Naproti tomu extrinsická, vnější či zevní víra má sice vnější podobu (např. návštěva kostela), ale v pozadí jsou „nezdravé“ motivy (sociální, zvykové, zistné). Na rozdíl od tohoto typu víry pomáhá intrinsická víra lépe se vyrovnat s nepříznivými životními situacemi, má pozitivní vztah k duševnímu i tělesnému zdraví, přispívá k vyšší spokojenosti a kvalitě života.³³⁷ Stejně poznatky uvádí také T. Cimrmannová, vycházející ze studií K. I. Pargamenta, které ukazují, že „pouze zvnitřnělá víra pozitivně ovlivňuje chování člověka v mezních situacích. Hluboce zakořeněný systém náboženské víry v kombinaci s tzv. spolupracující metodou (konání možného maxima a současné svěřování se Bohu) patří k efektivním způsobům zvládnání. Za těchto podmínek se krize jeví jako méně ohrožující a probouzí v člověku tendenci hledat hlubší význam.“³³⁸

Také ve skupině tzv. „alternativně“ věřících respondentů ovlivnila podoba rané náboženské socializace jejich pozdější spiritualitu, avšak v jiném smyslu, než v předchozí skupině. Ačkoli je osm respondentů z této skupiny pokřtěno, devět respondentů uvedlo, že alespoň jeden z rodičů nebo prarodičů byl věřící a pět respondentů mělo v dětství nějakou zkušenost s návštěvou kostela, četbou Písma či modlitbou, přesto nebyly rodiny, v nichž respondenti vyrůstali, spojeny s životem církevních institucí a nepředávali „tradiční“ víru další generaci. Občasná návštěva kostela především o významných svátcích proto nemohla utvořit dostatečný základ pro pozdější křesťanskou orientaci respondentů. Jak uvádí D. Hamplová, „občasný kontakt s církví a náboženstvím v dětství zvyšuje zájem o nadpřirozeno, ale není dostatečný na to, aby v lidech zakořenilo vědomí existence konkrétních náboženských skutečností“.³³⁹ Absence náboženské socializace v církvích a rodinách tak vytvořila prostor pro jiný typ spirituality než tzv. „tradiční“. U dvou respondentů (paní Gabriela, 43 let a pan Daniel, 60 let) lze vysledovat kořeny „alternativní“ spirituality přímo v rodině, která podnítila jejich dlouhodobý zájem o astrologii a léčitelství. V období *významných životních předělů* a zejména v období *vážné nemoci* pak respondenti nehledali odpovědi na své otázky a problémy v křesťanství, ale v nejrůznějších „alternativních“ fenoménech.

K *významným životním předělům* v této skupině respondentů, které měly – ať již prostřednictvím spolužáků, známých, přátel, či boomer esoterické literatury v 90. letech 20. století – podíl na vzbuzení zájmu o „alternativní“ spiritualitu, patřily vstup na

³³⁷ Srov. MANDINCOVÁ, P. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada, 2011, s. 63–64.

³³⁸ CIMRMANNOVÁ, T. a kol. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu. Aplikace v kontextu rodinného násilí*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2013, s. 36.

³³⁹ HAMPLOVÁ, D. *Čemu Češi věří, s., s. 715.*

střední školu, změna politických poměrů v roce 1989 a potřeba zásadní životní změny v dospělém věku. Tyto *životních předělů* významným způsobem ovlivnily spiritualitu „alternativně“ věřících respondentů ve smyslu vyvolání zájmu či jeho rozšíření a prohloubení.

6.3.2 „Tradiční“ a „alternativní“ spiritualita v kontextu závažného onemocnění

Závažné onemocnění lze zařadit k mezním životním situacím, které konfrontují člověka s vlastní zranitelností, konečností, pomíjivostí, které zpochybňují dosavadní jistoty, ale zároveň tím otvírají prostor pro otázky po smyslu, po tom, co člověka přesahuje, a dotýkají se tak oblasti spirituality, transcendence, náboženství.³⁴⁰ V další části analýzy dat bylo cílem zjistit, jakým způsobem se závažné onemocnění promítá do „tradiční“ či „alternativní“ spirituality respondentů. Za tímto účelem bylo zkoumáno, zda a do jaké míry otvírá závažné onemocnění prostor pro „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu, zda závažné onemocnění vede ke změně stávající „tradiční“ / „alternativní“ spirituality ve smyslu jejího upevnění, oslabení či ztráty a zda dochází v důsledku závažného onemocnění ke změně „tradičních“ spirituálních postojů směrem k „alternativním“ a naopak.

6.3.2.1 *Nemoc jako otevřený prostor*

Ve skupině tzv. „tradičně“ věřících všichni respondenti shodně uvedli, že nemoc pro ně znamenala změnu žebříčku hodnot, a to především v hlubším pohledu na vlastní život, uvědomění si hodnoty zdraví a v přehodnocení životních priorit, jak uvedl např. pan Pavel (50 let): „(nemoc) přinesla hlubší pohledy na řadu životních souvislostí“ či paní Věra (28 let): „určitě jako stavím hodně vysoko to zdraví, protože až když člověk o to přijde, tak si uvědomí, co vlastně měl“. U řady respondentů přestala být na prvním místě práce: „před tím jsem si to víc bral, že teď to musím udělat, teď musím víc dělat a tak, a potom když jsem onemocněl, tak jsem si říkal, vždyť ono se to nezblázní“ (Adam, 58 let), a pro některé, jako např. pro paní Alenu, znamenala nemoc návrat k Bohu: „spousta věcí přestala být důležitá a naopak to byl návrat zpátky k víře v Boha“ (Alena, 40 let).

³⁴⁰ Srov. VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*, s. 71–87.

S tím úzce souvisely i otázky, které si respondenti v souvislosti s nemocí kladli. Většina respondentů uvedla, že začala více uvažovat o smyslu, o smrti, měla obavy o budoucnost rodiny, kladla si otázku „proč“? „*Ta nemoc vás pohltí, ptáte se, proč mě se to stalo?*“ (David, 41 let); „*ale samozřejmě ty otázky mě napadají, proč zrovna já, čím jsem si to zasloužila*“ (Věra, 28 let); „*určitě se mi zrealnila smrt*“ (Petr, 65 let); „*myslíte na svoje nejbližší, co s nima bude, jak budou dál žít*“ (Marek, 47 let). Dvě respondentky sice odpověděly, že si takovéto otázky vůbec nekladly, v průběhu dalšího vyprávění však uvedly: „*(...) i když jsem se ptala, proč stůňu, když jím zdravě*“ (Zdena, 75 let); „*(...) co bude do budoucna, jsem samozřejmě řešila*“ (Květa, 53 let). Pouze jedna respondentka si neuvědomuje, že by se takovými otázkami zabývala: „*Ne, neuvědomuju si to. Já jsem se s tím vyrovnávala dobře, a protože jsem to brala takhle dobře, tak to tak bralo i moje okolí*“ (Irma, 42 let). H. Pompey v této souvislosti uvádí, že „člověk, který se cítí i v extrémních situacích obklopen věrnými a blízkými lidmi, si obvykle neklade otázku po smyslu v jeho praktickém a existenciálním významu.“³⁴¹ S tímto tvrzením nelze zcela souhlasit, neboť lidé v mezní životní situaci si tuto otázku nemusí klást ve vztahu k sobě, zpravidla si ji však kladou ve vztahu ke své rodině, zejména dětem a jejich budoucnosti, jak ukazují výpovědi některých respondentů. Zcela jistě však platí, že „*se člověk vyrovnává s nemocí líp, když má kolem sebe nějaký známý, než když se v tom utápí sám*“ (paní Irma). V případě paní Irmy mohla svou roli sehrát skutečnost, že tato respondentka, která v dětství a mládí necítila potřebnou podporu a přijetí ze strany rodiny, zažila v době nemoci silnou a pro ni zásadní podporu v církevním společenství, které se za ni modlilo, pomáhalo jí a dodávalo vědomí, že je obklopena blízkými lidmi a není na zvládnání nemoci sama. Význam rodiny a přátel při vyrovnávání se se závažným onemocněním potvrzuje i klinická psychologka Laura Janáčková: „*Nejhorší je, když je člověk se svou nemocí sám. (...) A je také zcela jasné, že emocionální opora v průběhu nemoci má prokazatelně kladný vliv na její zvládnání.*“³⁴² Bezvýhradné přijetí a podpora ze strany společenství proto mohly sehrát pozitivní roli při zvládnání nemoci i u této respondentky.

Zdrojem naděje a oporou při vyrovnávání se s nemocí byla pro respondenty podle jejich vyjádření kromě rodiny a blízkých přátel jednoznačně víra a důvěra v Boha, jako Toho, kdo je „*garantem smyslu*“ (David, 41 let; Alena, 40 let), kdo „*nenechá člověka na*

³⁴¹ POMPEY, H. *Zomieranie*. Trnava: Dobrá kniha, 2004, s. 10.

³⁴² JANÁČKOVÁ, L. *Život je boj. Praktický průvodce rakovinou pro nemocné a jejich blízké*. Brno: Grifart, 2014, s. 53.

holičkách“ (Irma, 42 let), *„nese ho ve své náruči“* (Petr, 65 let), *„komu lze svou situaci předložit a nechat další vývoj událostí na něm“* (Adam, 58 let; Věra, 28 let) či *„ke komu se v době nemoci vracíme zpět“* (Marek, 47 let).

Výpovědi „tradičně“ věřících respondentů ukázaly, že závažné onemocnění je příležitostí k zastavení se v každodenním shonu, k hlubšímu pohledu na dosavadního život, přehodnocení životních priorit a že tzv. existenciální otázky si v souvislosti se závažnou nemocí reflektovaně či nereflektovaně klade většina z nich. Nemoc zároveň pro tyto respondenty znamenala okamžik uvědomění si důležitosti vlastní víry v Boha při zvládnutí nemoci a přimknutí se k Bohu jako ke zdroji naděje a smyslu.

Také respondenti ve skupině tzv. „alternativně“ věřících uváděli v souvislosti se závažným onemocněním změnu žebříčku hodnot, která – podobně jako ve skupině tzv. „tradičně“ věřících respondentů – spočívala v hlubším pohledu na vlastní život a zdraví (paní Ivana, 47 let; paní Karolína, 67 let), přehodnocení priorit zejména ve vztahu k práci (paní Milada, 66 let; paní Jindřiška, 68 let; paní Vendula, 48 let) a zaměření se na podstatné věci (paní Gabriela, 43 let; pan Daniel, 60 let). Podobně jako respondenti v první skupině se i „alternativně“ věřící respondenti zabývali úvahami o budoucnosti, obavami ze smrti a hledáním příčiny či smyslu nemoci. Paní Jarmila, 45 let, např. uvedla: *„Takže jsem si kladla otázku, co bude. Taky jsem se občas ptala, proč zrovna já, jakej to má smysl“*. Tyto myšlenky připustil také pan Daniel (60 let): *„Asi na začátku, když jsem se dozvěděl diagnózu, tak to se člověk ptá, proč já a co to bude znamenat, a i ty myšlenky na konec života se objeví ...“*. Paní Milada (66 let) se nejprve nechtěla k tomuto tématu vyjádřit explicitně a uvedla: *„To byla ta první chvíle, když ležíte v posteli, přemýšlíte o blbostech“*. V dalším průběhu rozhovoru však řekla: *„Myslím, že člověk začne přemýšlet, proč se to stalo“*. Další dvě respondentky se těmito myšlenkami vědomě nechtěly zabývat – Paní Jindřiška (68) let si podle svých slov nechtěla připustit, že by *„to mohlo dopadnout špatně“* a proto si podobné úvahy připouštěla *„jen okrajově“*. Podobně paní Gabriela (43 let) si tyto otázky *„zakázala“*.

Zdroje naděje byly pro respondenty ve skupině „alternativně“ věřících na rozdíl od skupiny tzv. „tradičně“ věřících různorodé. Na prvním místě respondenti uváděli rodinu a přátele. Paní Karolína (67 let), pan Jakub (37 let) a paní Ivana (47 let) vnímají nemoc *„jako svůj osud“*, resp. jako karmu a tento postoj jim – vedle podpory rodiny – pomáhá ve vyrovnávání se s nemocí. Naproti tomu pro paní Miladu (66 let), paní Vendulu (48 let) a paní Danu (43 let) byla nemoc příležitostí a motivací k zásadní změně života, jak výstižně uvedla paní Milada: *„Ta nemoc je dopis shůry. Je tu proto, aby tě něco*

naučila, ale musíš něco změnit“. Shodně se o nemoci vyjadřuje i paní Vendula: *„Když jsem onemocněla poprvý, tak jsem vlastně vůbec nic nezměnila. Teď vidím, že to bylo hodně špatně (...). A podruhé to byl úplně obrat a pochopila jsem proč“*. A podobný názor má rovněž paní Dana: *„(...) první myšlenka byla, když mi řekli tu diagnózu, jako konečně. Konečně něco, co mě nakopne k těm změnám“*. Pro posledně jmenované respondentky byla posilou v nemoci zejména víra v sebe sama (*„já to dám“*) a přesvědčení, že práce na sobě a změny v různých oblastech života – nejčastěji v oblasti stravování a vztahů – povedou k uzdravení.

Jak odpovědi tzv. „alternativně“ věřících respondentů ukazují, i zde je nemoc otevřeným prostorem jak pro reflexi dosavadního života, tak pro obavy o budoucnost svou i nejbližších lidí, a navozuje otázky po příčině, případně smyslu onemocnění. Zatímco ve skupině tzv. „tradičně“ věřících respondentů byly tyto otázky od počátku spojeny s křesťanskou vírou v Boha jako zdroje naděje a garanta smyslu, ve druhé skupině respondentů se otázka „proč“ týkala více příčiny onemocnění a hledání jejího zdůvodnění, méně pak smyslu onemocnění. Nemoc byla v této skupině respondentů chápána mimo jiné jako „osud“, kterým se příčina onemocnění vysvětluje, či jako příležitost ke změně ve smyslu změněného přístupu k tělu či osobnostního rozvoje za pomoci různých alternativních metod.

6.3.2.2 Změny „tradiční“ / „alternativní“ spirituality v období nemoci

Další fáze analýzy dat byla zaměřena na zkoumání toho, zda závažné onemocnění vede ke změně stávající „tradiční“ / „alternativní“ spirituality ve smyslu jejího upevnění, oslabení či ztráty. Úvodem je třeba říci, že ve skupině tzv. „tradičně“ věřících se objevilo závažné onemocnění v době, kdy respondenti již byli věřící. Výjimkou byla respondentka, která se nechala pokřtít až poté, kdy u ní již nemoc propukla, konverze však s její nemocí nesouvisela.

Rovněž ve skupině tzv. „alternativně“ věřících měli respondenti zkušenost s „alternativní“ spiritualitou (nejčastěji s výkladem karet a sestavováním horoskopů astrologie) již v době před onemocněním. Jejich zájem o nejrůznější alternativní praktiky v období závažného onemocnění tedy nebyl dán potřebou hledat poslední možnost záchrany v tzv. „alternativě“, ale pozitivní zkušeností s těmito praktikami již v období před onemocněním.

S tím souvisí i skutečnost, že se v případě „alternativní“ spirituality těchto respondentů nejednalo o tzv. užitkovou esoteriku, jak ji označuje B. Grom, resp. jednu

její část – esoteriku sloužící zábavě, ukrácení času hrou, hovorem nebo četbou, pro niž Grom používá rovněž pojmy pop-esoterika či společenská esoterika.³⁴³ V této souvislosti uveďme zjištění kvalitativního výzkumu prováděného R. Tichým, zaměřeného na náboženské / spirituální představy, zkušenosti a zájmy obyvatel České Lípy, z nichž vyplynulo, že „většina dotázaných (...) uvedla, že horoskopy zejména v časopisech čte jen pro zábavu. (...) Pouze tři respondentky se o horoskopech zmiňují podrobněji a deklarují určitou víru. (...) U těchto dotázaných (...) nacházíme také další spirituální praktiky či víry – vyvolávání duchů, zázračné uzdravení, modlitba.“³⁴⁴ Podle zjištění R. Tichého tedy nemá čtení horoskopů souvislost s religiozitou osoby, zatímco víra v horoskop naopak ano.³⁴⁵ Stejně výsledky přinesl i výzkum *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných*. Podle vyjádření respondentů se v jejich případě nejednalo o zábavu, nýbrž o víru v horoskopy a karty odhalující budoucnost, osud, naznačující cestu, kterou se má respondent vydat apod. Asi nejvýstižněji toto rozlišení postihla paní Ivana, 47 let: „*Ano, jde to víc do hloubky. Horoskopy v novinách nebo v časopisech si čtu jenom, aby se neřeklo, ale vím, že to dělají ty lidi z té redakce, že na tom není ani špetka pravdy. A mám doma knihy od opravdu ..., třeba Souboj znamení, to je od vyhlášený kartářky, občas přečtu i jiný knihy co se týče astrologie, mě tohle baví a i tomu věřím*“.

Ve skupině tzv. „tradičně“ věřících výzkum ukázal, že u většiny respondentů došlo v období vážné nemoci ke změně jejich víry v Boha ve smyslu jejího prohloubení, upevnění, zniternění či ozdravení, a to i u těch respondentů, kteří v době tzv. *významných životních předělů* svou víru nepraktikovali, či se zajímali o různé alternativní směry. Pouze jedna respondentka uvedla, že nemoc její dosavadní víru v Boha nijak neovlivnila. Naopak pro pana Marka (47 let), kterému v mladém věku zemřeli oba rodiče a který přestal v Boha věřit, znamenala jeho vlastní nemoc postupný návrat k Bohu. Ačkoli pro něj bylo obtížné o celé věci hovořit, uvedl: „*Hodně teď o Bohu přemýšlím. Někde uvnitř cítím, že mě Bůh má rád a že se na něj můžu obrátit se všema otázkama a prosbama. Ale je to hodně osobní*“. V této souvislosti uveďme výsledky výzkumu *International Social Survey Program 2008*, který naznačil, že „víra v Boha je do značné míry dynamická, (...) každý šestý respondent uvedl, že svoji víru

³⁴³ Srov. GROM, B. *Esoterika dnes. Teologické texty*, 1991, roč. 2, č. 3–4, s. 91.

³⁴⁴ TICHÝ, R. Náboženské / spirituální představy, zkušenosti a zájmy českolipských občanů. In: LUŽNÝ, D., NEŠPOR, Z. R. a kol. *Náboženství v menšině: Religiozita a spiritualita v současné české společnosti*. Praha: Malvern, 2008, s. 175.

³⁴⁵ Srov. tamtéž.

během života změnil. Častější přitom byla ztráta víry (nevěřím v Boha, ale dříve jsem věřil/a – 11 %) než konverze (věřím v Boha, ale dříve jsem nevěřil/a – 5 %).³⁴⁶ Mezní situace, jakou je závažné onemocnění, by proto mohla vést až ke krajnímu postoji – ztrátě víry v Boha. Ve skupině tzv. „tradičně“ věřících respondentů se však takovýto postoj v souvislosti s vlastním závažným onemocněním nepotvrdil, ačkoli čtyři respondenti uvedli, že pro ně nemoc byla zkouškou víry.

Pro respondenty znamenala nemoc změnu i v dalších oblastech jejich duchovního života. U některých se pod dojmem nemoci proměnila jejich dřívější představa o Bohu. Např. pan David (41 let), uvedl: „*Proměnila, uvědomí si opravdu člověk v té nemoci tu závislost na Bohu. On je garant (smyslu) a my jsme prostě jen tvorové (...)*“. Paní Věra (28 let), která konvertovala až v dospělosti, srovnávala svou představu Boha s dobou před konverzí: „*Já než jsem uvěřila v Boha, tak jsem měla takovou tu představu, že Bůh je starý pán na obláčku, kterej kouká na ty lidi, a tak jsem si ho představovala. A vlastně v průběhu té nemoci a v průběhu toho mého obrácení se z Boha stal někdo jako přítel.*“ V podobném duchu se vyjadřovali i ostatní respondenti: v průběhu nemoci se změnila nejen jejich víra v Boha, ale i představa o Bohu a vztah k Bohu, který se pro ně stal laskavějším, bližším a niternějším. Nemoc změnila mnohdy dětské, či neurčité představy o Bohu ve vnímání Boha jako všemohoucího, dobrotivého, jako garanta smyslu, dárce klidu (např. paní Zdena, 75 let; pan David, 41 let; paní Alena, 40 let; paní Věra, 28 let; pan Petr, 65 let a další).

Nemoc podle výpovědí respondentů ovlivnila i další důležitou součást jejich duchovního života, a to modlitbu, která v době nemoci zintenzivněla, stala se pravdivější, vroucnější, ale také naučila respondenty setrvávat v Božím mlčení (např. pan Petr, 65 let či paní Věra, 28 let). To, co se u respondentů naopak nezměnilo, byla pravidelná účast na bohoslužbách, svátostech a setkáních společenství, pokud jim to zdravotní stav dovolil. Zejména účast na společných setkáních farnosti, sboru apod. znamenala posilu v době nemoci, jak již bylo uvedeno výše, a jak to vyjádřila např. i paní Věra, 28 let: „*(...) co mi pomáhalo, že jsem v té době chodila do společenství. Že jsem byla obklopená lidma, oni ví, že jsem nemocná, takže jsme se o tom i bavili, i jsme se za to společně modlili, aby se to zlepšilo, a oni opravdu projevovali takový ten autentický zájem o to, jak se mám, jak se mi daří, jak to postupuje.*“ H. Pompey v této souvislosti uvádí: „Ohrožení naší zdánlivé bezpečnosti a života samého v hraničních

³⁴⁶ HAMPLOVÁ, D. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*, s. 58–59.

situacích nás upozorňuje na konečnost našeho bytí, vyostřuje otázku smyslu celku a nastoluje zde především otázku kvality a spolehlivosti existujících mezilidských vztahů.³⁴⁷

Rovněž ve skupině tzv. „alternativně“ věřících respondentů došlo pod vlivem závažného onemocnění ke změnám postojů k alternativním metodám, a to v pozitivním slova smyslu. To vedlo jednak k prohloubení zájmu o tyto metody (zpravidla se jednalo o výklad různých druhů karet a astrologii), ale také k rozšíření zájmu o další druhy alternativních metod, především „alternativní“ medicíny jako je homeopatie, akupunktura, bylinná léčba (z tzv. astroapatyk), čínská medicína, Bachovy esence, ale také o energii čaker, tantru či rodinné konstelace. Nemoc pozitivně ovlivnila názor respondentů především na „alternativní“ medicínu, protože respondenti se přesvědčili, že „to funguje“, jak uvedla např. paní Ivana (47 let). Pozitivní zkušenosti s alternativními metodami vedly k rozšíření zájmu o literaturu s touto tematikou, k návštěvě přednášek, kurzů a workshopů a některé respondenty také k tomu, že se sami začali věnovat výkladu karet či astrologii, přičemž se, jak již bylo zmíněno výše, nejednalo o zábavu, nýbrž o víru v horoskopy a karty odhalující budoucnost, osud, naznačující cestu, kterou se má respondent vydat apod.

Pokud jde o léčitele, respondenti důsledně rozlišovali mezi léčiteli a šarlatány, před kterými varovali. Všichni respondenti zdůrazňovali, že je třeba si léčitele vybírat na základě doporučení některého z přátel či známých, kteří již s daným léčitelem mají pozitivní zkušenost. Někteří respondenti měli osobní negativní zkušenost s tzv. šarlatány ať již z období před onemocněním, z období nemoci, či znali příběhy lidí ze svého bezprostředního okolí, kteří po léčbě u takového „léčitele“ zemřeli. Paní Milada (66 let) např. uvedla: „*Já jsem na léčitele zanevřela. Sama s nimi negativní zkušenost nemám, ale vím o případu léčitele ..., který zavinil smrt malé holčičky.*“ Přesto se však paní Milada svěřila do rukou jednoho pražského zařízení s. r. o., které není zdravotnickým zařízením, avšak pracují v něm lékaři nabízející různé alternativní léčebné postupy a přípravky. Zejména lékaři provozující zároveň homeopatické ordinace nebo čínskou medicínu se mezi respondenty těší velké důvěře. M. Opatrná v této souvislosti uvádí: „Lékaři, kteří sami nabízejí a provádějí alternativní metody, překračují řadu etických norem a doporučení (...). Poškození nebo ublížení zahrnuje i nemorálnost a lež. Svým pacientům škodí používáním nevědeckých metod, které

³⁴⁷ POMPEY, H. *Zomieranie*, s. 10.

nemají žádné prokazatelné terapeutické účinky a nemocným nepřinášejí žádný benefit.³⁴⁸ Jsou to však právě lékaři, kteří v očích respondentů dodávají alternativním metodám punc solidnosti a důvěryhodnosti.

Na léčitelích respondenti oceňovali především celostní přístup – propojení tělesné, duševní a duchovní stránky. Léčitelé podle vyjádření respondentů dodávají v období nemoci pozitivní energii, psychickou pohodu, klid, jistotu, že vše dobře dopadne (např. paní Ivana, 47 let; paní Jarmila, 45 let; paní Karolína, 67 let; paní Jindřiška, 68 let; paní Dana, 43 let) a posílají léčivou energii. Zajímavá je v této souvislosti otázka, kterou si ve svém výzkumu položila E. Křížová, a sice, „zda k vyhledání alternativní péče dochází po proměnách hodnotového rámce a v důsledku změněných preferencí a přání nemocného (...), anebo zda tyto hodnotové přerody následují teprve po pozitivní zkušenosti s alternativní léčbou a představují tak upevnění této orientace.“³⁴⁹ Z analýzy dat výzkumu *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných* vyplývá, že se zde uplatnily obě tyto varianty. Respondenti ve skupině tzv. „alternativně“ věřících se v období nemoci obraceli k alternativním metodám především z důvodu potřeby celostního vnímání těla a duše a po pozitivních zkušenostech s těmito metodami u nich došlo k upevnění a rozšíření této orientace. Paní Vendula (48 let) to vyjádřila slovy: *„Já si myslím, že hodně lidí, alespoň teď to kolem sebe hodně vidím, začínají chápat, že nejde oddělit tělo od duchovna.“* I když u některých respondentů byl problém zpočátku vnímán primárně v rovině tělesné, záhy přišla ke slovu také spirituální složka, jak potvrdila např. paní Jindřiška (68 let): *„Dřív jsem si myslela, že to je jenom tělesný, teď už připouštím, že i duchovní. Jo, člověk si uvědomí, že je něco mezi nebem a zemí.“* Podobné výsledky přinesl i výzkum O. Nešporové, který ukázal důležitost propojení duchovna s běžným životem a tělesnem. Jak Nešporová uvádí: *„Takto to funguje i v případě léčitelství, kde je primární zdravotní problém na úrovni tělesné, se kterým přichází klienti na radu, a teprve posléze se ukáže, že způsob jeho odstranění spočívá v postupech, ve kterých hraje duchovní stránka či osobnostní proměna důležitou část.“*³⁵⁰ Nemoc, která primárně vyžadovala řešení zdravotního problému, tak respondenty vedla i k zamýšlení se nad věcmi *„mezi nebem a zemí“* a k duchovní podstatě, tyto úvahy však nesměřovaly k zájmu o křesťanství, jak bude uvedeno níže.

³⁴⁸ OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*, 2., přeprac. a doplň. vyd., s. 106.

³⁴⁹ KRÍŽOVÁ, E. Jak užívají čeští pacienti alternativní léčebné postupy a jak hodnotí jejich efekty?, s. 36.

³⁵⁰ NEŠPOROVÁ, O. Českolipská necírkevní spirituální scéna, s. 155.

Stejně jako v případě respondentů ze skupiny tzv. „tradičně“ věřících lze i zde konstatovat, že závažné onemocnění vedlo k upevnění víry, v tomto případě víry v účinnost alternativních metod a schopností léčitelů uzdravovat či diagnostikovat, a vedlo rovněž k rozšíření a prohloubení zájmu o různé další alternativní metody či dokonce o jejich praktikování. Nemoc nevedla u žádného z respondentů ve skupině tzv. „alternativně“ věřících k tomu, že by se v nemoci od těchto metod odvrátil a dále je již nechtěl využívat, a to ani u těch respondentů, kteří měli předchozí negativní zkušenost s některým ze „šarlatánů“.

6.3.2.3 *Vzájemná otevřenost „tradiční“ a „alternativní“ spirituality*

Poslední část výzkumu se věnovala otázce, zda a nakolik jsou v období závažného onemocnění tzv. „tradičně“ věřící respondenti otevření alternativním postupům a naopak tzv. „alternativně“ věřící respondenti některým prvkům křesťanství. Otázce prolínání typů spirituality se věnoval i kvantitativní výzkum *International Social Survey Program*, jehož výsledky ukázaly, že v České republice, na rozdíl od jiných zemí, zájem o jeden typ spirituality – v tomto případě o „alternativní“ spiritualitu – nezvyšuje zájem o jiný typ náboženských fenoménů.³⁵¹ Vzhledem k tomu, že závažné onemocnění představuje specifickou situaci, bylo zajímavé sledovat, zda výsledky výše uvedeného šetření platí i v tomto případě.

Výzkum *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných* ukázal, že ve skupině tzv. „tradičně“ věřících mělo pět respondentů zkušenost s alternativními metodami v souvislosti se svým onemocněním, z toho dva zprostředkovaně. Paní Věra (28 let) a pan David (41 let) onemocněli v období dospívání a prostřednictvím svých rodičů se dostali do péče nejrůznějších léčitelů. Oba tuto zkušenost hodnotili negativně, pan David ji vyjádřil slovy: „*Do dneška mamka říká, jak mi to pomohlo, jak jsem se zlepšil. Já jsem říkal – mamko, brala's mě k čarodějnici.*“ Podobně svou zkušenost hodnotí i paní Věra: „*Byla jsem u homeopata, ale to mám hodně špatnou zkušenost (...)*“. Přes přetrvávající onemocnění jsou oba respondenti praktikujícími křesťany a ani jeden z nich žádné alternativní metody nevyhledává. Pan Marek (47 let) v době svého onemocnění navštívil čínského léčitele, u kterého podstupoval akupunkturu, ale jak sám řekl, nepovažoval ji za alternativní způsob léčby, neboť ji neprováděl léčitel, ale čínský lékař. Podobně vnímá akupunkturu i paní Květa

³⁵¹ Srov. HAMPLOVÁ, D. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*, s. 77–81.

(53 let), která ji absolvovala ještě před svým onemocněním. Ani ona ji nechápe jako „alternativu“, neboť ji neprováděl léčíitel, nýbrž lékařka.

Akupunktura, podobně jako homeopatie je, jak se v tomto výzkumu ukázalo, některými křesťany považována za dobře kompatibilní s jejich křesťanskou orientací. Právě homeopatii se intenzivně věnovala poslední z pěti respondentů, paní Zdena (75 let). Její zájem o tuto alternativní metodu byl přitom na počátku veden zdravotními problémy. Následně absolvovala dvouletou homeopatickou školu, shromažďovala a četla literaturu s touto tematikou a poté začala léčit sebe i druhé. Negativní zkušenost a touha po skutečném duchovním zakotvení ji následně přivedla zpět k Bohu. Sama na toto období vzpomíná takto: „*Já jsem hledala duchovno, ale tohle souviselo s tou mou léčbou, ten zájem, a to duchovno se k tomu přidalo.*“ Paní Zdena svými slovy potvrdila výsledky výše uvedeného výzkumu O. Nešporové, které ukázaly, že lidi přitahuje propojení duchovna s běžným životem a tělesnem.

Analýza dat v této skupině respondentů naznačila, že závažné onemocnění je faktorem, který může vést „tradičně“ věřící k otevřenosti vůči druhému typu spirituality, míra této otevřenosti však není příliš velká a je dána primárně potřebou tělesného uzdravení. Pokud už se „tradičně“ věřící zajímali o alternativní metody, pak to byla zejména akupunktura a homeopatie, které nejsou respondenty vnímány jako alternativní. Nikdo z této skupiny věřících nenavštívil v době své nemoci kartáře, věštce, nenechal si posílat léčivou energii, nenosil amulet pro štěstí apod.

Podíváme-li se na skupinu tzv. „alternativně“ věřících, pak míra otevřenosti vůči druhému typu spirituality je ještě nižší, než v předchozí skupině respondentů. Někteří respondenti sice připustili, že v době nemoci přemýšleli o Bohu, jejich vnímání Boha se však značně lišilo od křesťanského pojetí. Pro paní Karolínu (67 let) není Bůh osobním Bohem, nýbrž energií, pro pana Jakuba (37 let) myšlenkovou konstrukcí, další si pod pojmem Bůh buď neuměli představit nic, nebo hovořili o vesmíru, pozitivní energie, vyšší inteligenci.

Poměrně pozitivně byla mezi respondenty vnímána návštěva kostela (sedm respondentů z deseti uvedlo, že kostel navštěvují, a to nejen v době nemoci), která však není výrazem křesťanské praxe. Někteří mají kostel spojený se vzpomínkami na vánoční a velikonoční svátky, většina respondentů uvedla, že navštěvují kostel kvůli atmosféře, tichu, klidu, možnosti být v něm sami či v něm pravidelně zapalují svíčku. Tyto výpovědi z části korespondují s výsledky výzkumu agentury STEM z prosince 2017. Podle těchto výsledků chodí 1 x měsíčně do kostela pouze 8 % Čechů, v době

Vánoce je to však 38 %, neboť Češi, i když nevěří v Boha, radí návštěvu kostela mezi vánoční zvyky.³⁵²

Kladně se respondenti vyjádřili také k tomu, zda se v době nemoci modlili. Šest respondentů uvedlo, že ano, přičemž šlo především o modlitbu jako prosbu o pomoc – „*aby vše dobře dopadlo*“, „*aby byly dobré výsledky vyšetření*“. Jak ukázal výzkum R. Tichého, „modlitba překvapivě není závislá na náboženském vyznání ani na víře v Boha. (...) Podoba modlitby ovšem na víře v Boha závisí značně: modlitba jako nárazová prosba o pomoc vyžaduje nárazovou víru (...).“³⁵³ V pojetí „alternativně“ věřících však modlitba není realizací vztahu s osobním Bohem, nýbrž spíše formulkou, která má fungovat podobně, jako amulet pro štěstí.

Pokud se respondenti vyjadřovali k církvím, pak vesměs negativně; zejména římskokatolickou církev vnímali prizmatem válek, odpustků, prezentace moci, sektářství, čarodějnických procesů a vyjadřovali nedůvěru k církvi jako instituci (např. paní Jarmila, 45 let; paní Milada, 66 let; paní Vendula, 48 let; paní Dana, 43 let). Zajímavé je, že i přes negativní postoj k římskokatolické církvi dva respondenti pozitivně hodnotili osobnost papeže Františka. Pan Daniel (60 let) uvedl: *“I když papež František se snaží něco změnit, toho občas sleduju, co dělá, ten se mi celkem líbí, ale církvi nevěřím.”* Podobně se vyjádřila i paní Dana (43 let).

Celkově lze konstatovat, že respondenti z této skupiny neprojevovali v době závažného onemocnění žádný hlubší zájem o prvky křesťanství a že ani v této skupině respondentů nezvyšuje zájem o „alternativní“ spiritualitu zájem o jiný typ náboženských fenoménů. Tuto skutečnost lze interpretovat tak, že saturuje-li „alternativní“ spiritualita potřeby a požadavky respondentů nejen v oblasti tělesného zdraví, ale i psychické pohody, duchovního ukotvení, osobnostního rozvoje, a poskytuje-li i určitý hodnotový rámec, je každou další pozitivní zkušeností důvěra v „alternativní“ postupy upevňována a nevyvstává potřeba obracet se k jiným náboženským fenoménům typu křesťanství.

6.3.3 Shrnutí

Výzkum *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných* byl zaměřen na dva cíle. Prvním z nich bylo zjistit, jaké faktory se podílely

³⁵² Srov. STEM. *Téměř dvě pětiny občanů radí mezi vánoční zvyky návštěvu kostela*. Dostupné na WWW: <<https://www.stem.cz/temer-dve-petiny-obcanu-radi-mezí-vanocni-zvyky-navstevu-kostela-2/>>.

³⁵³ Srov. TICHÝ, R. *Náboženské / spirituální představy, zkušenosti a zájmy českolipských občanů*, s. 178.

na utváření „tradiční“ či „alternativní“ spirituality respondentů. Druhým cílem pak bylo zodpovědět otázku, jakým způsobem ovlivňuje závažné onemocnění (často spojené s nepříznivou diagnózou či dokonce infaustní prognózou) „tradiční“ i „alternativní“ spirituální postoje nemocných, a to ve třech aspektech: do jaké míry otvírá závažné onemocnění prostor pro „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu respondentů, zda závažné onemocnění vede ke změně stávající „tradiční“ či „alternativní“ spirituality a zda dochází v důsledku závažného onemocnění ke změně „tradičních“ spirituálních postojů směrem k „alternativním“ a naopak.

V první části analýzy dat šlo o hledání stěžejních faktorů, které měly vliv na utváření „tradiční“ či „alternativní“ spirituality respondentů v průběhu jejich života a v době před závažným onemocněním. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že lze rozlišit zhruba tři základní faktory: *podoba rané náboženské socializace v dětství*, dále *významné životní předěly* a za třetí *závažné onemocnění*.

Důležitým faktorem utvářejícím základní orientaci směrem k „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitě respondentů byla *náboženská socializace v dětství*, jejíž vliv na pozdější spiritualitu tzv. „tradičně“ věřících respondentů se projevil ve dvou ohledech. Prvním z nich byla její výrazná sociální dimenze – náboženské aktivity se odehrávaly převážně v rámci rodiny či církve a jak výzkum ukázal, pokud respondenti vnímali návštěvu bohoslužeb a další religiózní praktiky jako povinnost, zvyk či dokonce donucení, v období *významných životních předělů*, kdy tato „povinnost“ zmizela, je na delší či kratší dobu nahradili jinými aktivitami.

Za druhé analýza dat ukázala, že u těch respondentů, jejichž rodiny byly méně „ortodoxní“ a jejichž návštěva bohoslužeb, náboženský život a religiózní praktiky byly nepravidelné a málo intenzivní, došlo v období *významných životních předělů*, k nimž v této skupině respondentů patřil vstup na vysokou školu, změna politických poměrů v roce 1989 či sňatek (kdy jeden z partnerů ovlivnil víru respondenta), k utlumení zájmu o křesťanství, či dokonce k dočasné převaze zájmu o „alternativní“ spiritualitu. Zásadní změnou naproti tomu pro respondenty představoval okamžik „zvnitřnění“ jejich víry a vytvoření osobního vztahu k Bohu, který je přivedl zpět ke křesťanství.

Rovněž ve skupině tzv. „alternativně“ věřících respondentů ovlivnila podoba rané náboženské socializace jejich pozdější spiritualitu, i když v jiném smyslu, než v předchozí skupině. Absence náboženské socializace v církvích a rodinách vytvořila prostor pro jiný typ spirituality než tzv. „tradiční“. V období *významných životních předělů*, které měly v této skupině respondentů podíl na vzbuzení zájmu o „alternativní“

spiritualitu a k nimž patřily vstup na střední školu, změna politických poměrů v roce 1989 a potřeba zásadní životní změny v dospělém věku a zejména v období *vážné nemoci*, pak respondenti nehledali odpovědi na své otázky a problémy v křesťanství, ale v nejrůznějších „alternativních“ fenoménech.

Ve druhé části výzkumu analýza získaných dat v první řadě potvrdila, že závažné onemocnění je mezní životní situací, v níž si naprostá většina respondentů z obou skupin klade otázky po smyslu či příčině, (přičemž ve skupině tzv. „alternativně“ věřících respondentů se otázka „proč“ týkala více příčiny onemocnění a hledání jejího zdůvodnění, méně pak smyslu onemocnění), vyjadřuje obavy z budoucnosti, ze smrti, přehodnocuje dosavadní životní priority a hledá zdroje naděje, posily a opory, a to jednak v rámci rodiny a nejbližších přátel, jednak v souladu se svým spirituálním zaměřením: „tradičně věřící“ ve víře v Boha jako garanta smyslu, „alternativně“ věřící respondenti sami v sobě, v chápání nemoci jako osudu či karmy a v zásadních životních změnách spojených s různými alternativními praktikami. Závažné onemocnění tedy otvírá prostor pro spiritualitu, nikoli však nutně spiritualitu „tradiční“.

V další části analýzy dat výzkum ukázal, že v době závažného onemocnění dochází ke změně stávající spirituality jak „tradičně“, tak „alternativně“ věřících respondentů, a to ve smyslu jejího upevnění, prohloubení, posílení a v případě tzv. „alternativně“ věřících i k rozšíření zájmu jak o další alternativní praktiky, tak o duchovní věci, nikoli však o křesťanství. Respondentům ze skupiny tzv. „tradičně“ věřících, a to i těm, kteří se v době před onemocněním po nějaký čas věnovali „alternativní“ spiritualitě, otevřela nemoc prostor k hledání a přijetí smyslu nemoci, k jejímu vnitřnímu zpracování, k duchovnímu ukotvení, což vedlo k očištění, zvnitřnění a prohloubení jejich víry v Boha a zintenzivnění křesťanských praktik. U žádného z respondentů nedošlo v době závažného onemocnění ke ztrátě víry a k opuštění dosavadní spirituálních postojů ve prospěch druhého typu spirituality. Jak výsledky výzkumu ukázaly, bylo sice ve skupině tzv. „tradičně“ věřících možné pozorovat jistou otevřenost vůči „alternativní“ spiritualitě, konkrétně vůči „alternativní“ medicíně (akupunktura a homeopatii), míra této otevřenosti však nebyla příliš velká a byla dána především potřebou tělesného uzdravení. Obě zmíněné metody navíc respondenti nevnímali jako „alternativní“.

Ani respondenti ze skupiny tzv. „alternativně“ věřících neprojevovali v době závažného onemocnění hlubší zájem o prvky křesťanství. Respondenti z této skupiny mají k církvím spíše despekt (výjimkou je osoba papeže Františka, vůči kterému vyjádřili dva respondenti jistou míru sympatií), nemají potřebu setkání s duchovním,

a jak uvedla jedna z respondentek, křesťanství „*není jejich cesta*“ (Ivana, 47 let). Tuto skutečnost lze interpretovat tak, že saturuje-li „alternativní“ spiritualita potřeby a požadavky respondentů v oblasti tělesného zdraví, psychické pohody, osobnostního rozvoje a poskytuje-li i určitý hodnotový rámec, nevystává potřeba zajímat se o jiné náboženské fenomény, např. o křesťanství. To z části potvrzuje i výše zmíněný výzkum E. Křížové týkající se „alternativní“ medicíny, který ukázal, že „alternativní“ medicína je uživateli obvykle subjektivně pozitivně hodnocena a je schopna uspokojovat psychosociální zdravotní potřeby. Pozitivní zkušenost je spojena i s vyšší tendencí doporučit „alternativní“ léčbu u těch respondentů, kteří ji sami vyzkoušeli a hodnotí pozitivně léčebný zážitek.³⁵⁴

³⁵⁴ Srov. KŘÍŽOVÁ, E. a kol. *Alternativní medicína jako problém*, s. 111–112.

TEOLOGICKÝ VÝKLAD

7. Závažné onemocnění – prostor pro křesťanství či „alternativní“ spiritualitu?

Předchozí kapitoly této disertační práce se zabývaly společenským kontextem, v němž se v České republice uskutečňuje praxe církve(i). Tento kontext byl zkoumán nejprve v teoretické rovině v kapitolách 4 a 5, poté v rovině praktické ve výzkumné části v kapitole 6. Obě části, tzn. teoretická východiska a odpovědi respondentů, budou nyní porovnány v rámci sedmé kapitoly. Tato kapitola je součástí druhého kroku Zulehnerovy metody *Kairologie*, nese název *teologický výklad*, a představuje jakýsi mezikrok či dílčí krok v rámci tohoto druhého kroku, jak bylo objasněno výše. Kromě hledání odpovědí na otázky v rámci uvedeného srovnání teoretických východisek a výsledků výzkumu, tedy zda je závažné onemocnění prostorem pro tradiční, křesťanskou, či jinou spiritualitu, zda a nakolik je v podmínkách sekulární české společnosti schopna křesťanská pastorační péče oslovit i tzv. „alternativně“ věřící pacienty, zda závažné onemocnění skutečně otevírá prostor pro otázky po smyslu a zda i někteří křesťané v období závažného onemocnění nehledají pomoc mimo oblast křesťanství, se tato kapitola zabývá stanovením toho, pro naplnění kterého z kritérií resp. cílů, uvedených výše v kapitole třetí, je zde a nyní příhodný čas a zjišťuje, jakou podobu má či by měla mít praxe církve v oblasti péče o nemocné odpovídající těmto kritériím.

7.1 Porovnání teoretických východisek s odpověďmi respondentů

Teoretická část práce ukázala, že praxe církve resp. církví se v České republice uskutečňuje v prostředí, které je tradičně označováno jako „nejsekulárnější“ či „nejateističtější“ v evropském kontextu. Výzkumy, zabývající se touto problematikou, však zároveň ukázaly, že toto označení je zjednodušující. Týká se jen jednoho segmentu, a sice organizovaného, institucionalizovaného náboženství. V tomto ohledu Česká republika skutečně patří k zemím s nejnižším vlivem tradičního náboženství. Vlažný přístup české populace k církvím přitom neznamená odmítání existence nadpřirozena jako celku, v české společnosti však působí jiný než tradiční, tedy křesťanský, typ spirituality. Podle D. Hamplové je v České republice nejrozšířenější tzv.

okultní religiozita zahrnující např. víru v amulety, věštce, horoskopy, v magično apod., a zatímco vnější forma tradiční spirituality oslovuje čím dál méně lidí, tyto nadpřirozené obsahy okultního charakteru zůstávají.³⁵⁵ Jak Hamplová uvádí, „možná to svědčí o tom, že i moderní člověk se setkává s množstvím nevysvětlitelných skutečností a že ani rozvinutá moderní racionalita nezničila touhu zjistit, co se skrývá za viditelným fyzickým světem.“³⁵⁶

Církev, působící v tomto společenském kontextu, však usilují (resp. měly by usilovat) o dialog nejen s úzkým segmentem věřících, ale s celou společností. Snaží se proto – vedle církevní služby – být přítomné a akcentovat službu v těch oblastech, v nichž mohou oslovit většinovou společnost, jako je např. oblast sociální, charitativní, kulturní, vzdělávací či zdravotnická. Právě působení církví v oblasti péče o staré, nemocné, umírající, je – jak ukázaly průzkumy uvedené v teoretické části této práce – hodnoceno Čechy velmi pozitivně. V nemocnicích je tato péče poskytována formou tzv. klinické pastorační péče, která byla podrobně popsána výše, a která je k dispozici všem pacientům, jejich rodinným příslušníkům i zdravotnickému personálu bez ohledu na jejich vyznání.

I v nemocnicích se však odráží společenský kontext. Převážná většina nemocnic je sekulárních, „tradičně“ věřící pacienti či zdravotničtí pracovníci v nich tvoří menšinu a naopak u řady pacientů se lze setkat s tzv. „alternativní“ spiritualitou – vírou v léčivou energii, kterou v době hospitalizace posílají pacientům léčitelé, v pozitivní působení různých talismanů, „alternativních“ léčebných preparátů, v prognózy kartárek, věštců apod. Konkrétní příklady zmiňuje ve své knize např. lékařka M. Opatrná. Zde pro ilustraci uvádíme tři z nich. „*Zašla jsem si k věštkyni*“, líčí pacientka změnu své nálady k lepšímu, jako by to bylo stejně samozřejmé, jako když si žena zajde ke kadeřnici, jakoby vlastně k věštkyni nebo kartářce chodili všichni (...).³⁵⁷ Druhý příklad: „Mladá pacientka (...) s infaustní prognózou má den co den nastavený budík, aby mohla nad ránem polknout jednu z kuliček, které jí někdo dovezl údajně z Tibetu a nad kterými se údajně modlili mniši.“³⁵⁸ A konečně třetí pacient: „Sedmdesátiletý pacient (...) vytahuje z nočního stolku malou lahvičku s tekutinou. Ukazuje mi svůj poklad – sluneční zlaté kapky z Afriky. Každý den jedna kapka. Cena lahvičky 30 000 Kč. Zaplatil jsem to, je

³⁵⁵ Srov. HAMPLOVÁ, D. Náboženství a nadpřirozeno ve společnosti, s. 49–52.

³⁵⁶ Tamtéž, s. 52.

³⁵⁷ OPATRná, M. *Etické problémy v onkologii*, 2. přepřac. a doplň. vyd., s. 99.

³⁵⁸ Tamtéž.

to moje velká naděje.“³⁵⁹ Velký zájem o různé podoby „alternativní“ medicíny dokonce vedl k vydání stanoviska Vědecké rady České lékařské komory, která již v roce 2012 upozornila na rizika neověřených léčitelských postupů v onkologii a ve svém vyjádření uvádí nejčastěji používané metody, které rozděluje na spirituální a psychologické metody, nutriční metody, manipulační metody (např. chiropraxe, akupunktura aj.), léčebné a diagnostické přístroje, léčbu přírodními látkami, léčení magnetismem, kameny a medikamentózní léčbu.³⁶⁰ „Alternativní“ spiritualita tedy je, jak příklady ukazují, v hraniční životní situaci „konkurencí“ nejen klasické, vědecké medicíny, ale i křesťanské spirituality. Tou je však i široký obsah pojmu spiritualita, z něhož vychází sekulární koncept péče o nemocné, tzv. „spiritual care“, odkazující k tomu, že dnes již neexistuje pouze jedno – křesťanské – pojetí spirituální péče, jak ukázaly nejen zkušenosti ze sousedních německy mluvících zemí, ale i úvahy nad zavedením profese krizových spirituálních pracovníků u nás. Všechny tyto skutečnosti vedou k otázce, položené v samotném názvu této práce, zda je v naší dnešní společnosti mezní životní situace těžce nemocných a umírajících pacientů (ještě) prostorem pro křesťanství či spíše pro jinou, např. tzv. „alternativní“, spiritualitu.

Výzkumná část předložené práce se proto věnovala této problematice a zaměřila se jak na tzv. „tradičně“, tak také na tzv. „alternativně“ věřící respondenty. Posledně jmenovaní jsou z výzkumného hlediska v kontextu mezní životní situace a klinické pastorační péče „zajímavější“, než např. ti respondenti, kteří se deklarují jako zcela „nevěřící“, neboť tzv. „alternativně“ věřící jsou, jak výsledky výzkumu *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných* ukázaly, názorově vyhranění pokud jde o křesťanství a zároveň mají „svou“ spiritualitu a víru. Jak navíc výzkum ukázal, názory těchto respondentů velmi dobře odráží společenský kontext, v němž církev v České republice působí.

V první řadě výpovědi těchto respondentů potvrzují, že je v české společnosti poměrně velký zájem o tzv. „alternativní“ spiritualitu, kterou, jak výsledky výzkumu ukázaly, reprezentují především astrologové, kartáři, věštcí a léčitelé. Jejich služby jsou využívány v případě nejrůznějších problémů v oblasti vztahové, pracovní, osobnostního rozvoje a zejména pak v oblasti zdravotní. V případě závažného onemocnění se tyto respondenti obracejí na léčitele, oblíbená je tzv. „tradiční“ čínská medicína,

³⁵⁹ Tamtéž, s. 101.

³⁶⁰ ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Stanoviska VR ČLK*. Dostupné na WWW: <<https://www.lkcr.cz/stanoviska-vr-clk-417.html>>.

homeopatie, akupunktura, nejrůznější léčebné preparáty nejčastěji z tzv. astroapatyk apod. Jak výzkum rovněž ukázal, k některým z těchto metod se uchylují i praktikující křesťané, zejména jsou-li provozovány lékaři, kteří jim dodávají na věrohodnosti. Mnohé z těchto metod jsou přitom spíše filozoficko-náboženským systémem s okultními rysy.³⁶¹ Šetření rovněž ukázalo, že „alternativní“ spiritualita je schopna saturovat potřeby těchto respondentů a požadavky v oblasti tělesného zdraví, psychické pohody, osobnostního rozvoje a poskytuje-li i určitý hodnotový rámec, nevystává potřeba zajímat se o jiné náboženské fenomény, konkrétně např. o křesťanství. Tato zjištění zcela odpovídají výsledkům výzkumů z teoretické části předložené práce.

Se zájmem o „alternativní“ spiritualitu jde u těchto respondentů ruku v ruce nezámem o křesťanství a despekt k církvím, zejména k církvi římskokatolické. I zde korespondují postoje „alternativně“ věřících respondentů s názory české populace na církev. Katolická církev je respondenty vnímána jako mocenská, dominantně mužská organizace s „temnou“ minulostí poznamenanou válkami, inkvizičními procesy, prodáváním odpustků, hromadící majetek a prezentující svou moc. To odpovídá výsledkům šetření, která byla uvedena výše a která ukazují, že Češi na církvích odsuzují zmíněné hromadění majetku, moci či přílišné zapojení do politiky. O „tradičních“ tématech, jejichž prizmatem bývá církev dlouhodobě posuzována, jako je např. celibát, antikoncepce apod., se není třeba dále zmiňovat.

Na druhé straně však odpovídá výše uvedeným průzkumům i kladné hodnocení církve(i) v oblasti péče o nemocné. Někteří respondenti ze skupiny tzv. „alternativně“ věřících – podobně jako většina dotázaných z těchto průzkumů v teoretické části práce – uvedli, že pozitivně hodnotí působení řádových sester v nemocnicích či hospicovou péči. Ukazuje se tedy, že v této oblasti je značný potenciál církví oslovit i tzv. nevěřící, „jinak“ věřící či vůči církvím lhostejné lidi.

Výzkum ukázal i další shodu ve skupině tzv. „alternativně“ věřících s průzkumy veřejného mínění, a to v oblasti návštěvy kostela v období významných svátků, zejména Vánoc. Podle výše uvedených zjištění agentury STEM chodí na Vánoce do kostela především lidé, kteří věří v Boha, ale návštěva kostela patří v „ateistické“ České republice k vánočním zvykům i u třetiny rodin těch, kteří spíše v Boha nevěří, a dokonce i u některých, kteří rozhodně věřící nejsou. Podobnou zkušenost – často spojenou s dětstvím či obdobím dospívání – uvedla většina respondentů ze skupiny tzv.

³⁶¹ Srov. např. KODET, V. *Křesťanství a okultní praktiky*, s. 19–22.

„alternativně“ věřících. Někteří respondenti rovněž uvedli, že kostel čas od času navštěvují i mimo tyto svátky, a to především jako prostor klidu, ztišení, s možností zapálit zde svíčku, tedy v době mimo konání bohoslužeb, přičemž tato návštěva kostela však nijak nemění jejich postoj ke křesťanství. Respondenti také – na rozdíl od negativně vnímané církve jako organizace – uznávali význam víry v křesťanského Boha v životě člověka, která však jak uváděli, „není jejich cestou“.

Pokud jde o vztah „alternativní“ spirituality a závažného onemocnění, i zde výzkum *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných* koresponduje s předpokladem uvedeným v teoretické části práce, a sice že mezní životní situace, v tomto případě závažné onemocnění, vede k úvahám nad dosavadním životem, ke změně žebříčku hodnot, životních priorit a k hledání smyslu či příčiny událostí. Nemoc otevřela u naprosté většiny respondentů ze skupiny tzv. „alternativně“ věřících prostor pro úvahy nad dosavadním životem, vedla k významným změnám zejména v oblasti stravování, partnerských vztahů či osobnostního rozvoje. Respondenti shodně uváděli, že v období závažného onemocnění změnili své dosavadní priority, svůj žebříček hodnot a kladli si v souvislosti s nemocí otázku *Proč?* Odpověď však respondenti nehledali v křesťanství – nikoho z respondentů například nenapadlo, že by mohl v době nemoci požádat o zprostředkování kontaktu s duchovním – ale za pomoci nejrůznějších alternativních metod, které jim byly schopny poskytnout uspokojivou odpověď, přislíbit okamžitý výsledek či rychlou změnu k lepšímu. Nejednalo se zde ve většině případů o hledání smyslu událostí, ale spíše jejich příčiny a zdůvodnění.

Výzkumná část předložené disertační práce ukázala, že odpovědi „alternativně“ věřících respondentů korespondují s postojem většinové české společnosti k církvím a s vývojem, ke kterému u nás od tzv. sametové revoluce došlo. Církev jsou vnímány jako nejméně oblíbené instituce ve společnosti, také respondenti z výše uvedené skupiny k nim projevují despekt, v lepším případě lhostejnost, ani v době závažného onemocnění nemají zájem o setkání s duchovním a jejich „otevřenost“ vůči křesťanství je minimální. V souvislosti se svou nemocí si sice i tyto respondenti kladou otázky týkající se příčiny jejich onemocnění, vyjadřují obavy o budoucnost svou a své rodiny, zejména pak dětí, odpovědi však hledají v souladu se svým spirituálním zaměřením v nejrůznějších alternativních metodách či v důvěře, že situaci zvládnou vlastními silami s podporou těchto alternativních metod.

Chceme-li tedy zodpovědět otázku, zda je závažné onemocnění prostorem pro tzv. „tradiční“ či tzv. „alternativní“ spiritualitu, pak je třeba na základě výše uvedeného

konstatovat, že zde přichází ke slovu obojí, a to podle spirituální orientace nemocných. Křesťanství se přirozeně uplatňuje v přístupu k „tradičně“ věřícím pacientům, i když i u nich je třeba počítat s možným prolínáním křesťanství s „alternativní“ spiritualitou, zejména s „alternativní“ medicínou, jak ukázaly nejen výsledky šetření uvedených výše v teoretické části práce, ale i výzkum *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných*. Zdroje naděje, opory a posily hledají podle výsledků tohoto výzkumu „tradičně“ věřící respondenti vedle rodiny a přátel ve víře v Boha jako garanta smyslu a klinická pastorační péče může u této skupiny respondentů v mezní životní situaci přijít s širokou nabídkou pomoci v podobě modlitby, návštěvy bohoslužeb, svátostí, rituálů, četby Písma či duchovního doprovázení.

„Alternativně“ věřící respondenti hledají tyto zdroje především sami v sobě, ve vlastních silách, v osudu či karmickém zatížení, ve víře v mimořádné schopnosti léčitelů, věštců, astrologů, či v zásadních životních změnách rovněž spojených s různými alternativními praktikami. Závažné onemocnění otvírá i u nich prostor pro spiritualitu, nikoli však spiritualitu „tradiční“. Jestliže lze u tzv. „tradičně“ věřících respondentů vysledovat jistou míru otevřenosti vůči tzv. „alternativní“ spiritualitě, byť byl tento zájem ve většině případů veden primárně snahou o uzdravení v oblasti tělesné, je u respondentů ze skupiny tzv. „alternativně“ věřících zájem o „tradiční“, křesťanskou spiritualitu naprosto minimální. Potvrzují se zde výsledky šetření, která byla zmíněna již v teoretické části práce, a sice že v České republice je „spíše nadprůměrný souhlas s platností magických fenoménů, avšak extrémně nízká podpora křesťanství“³⁶² a za druhé, že v Čechách otevřenost vůči jednomu typu spirituality, konkrétně vůči „alternativní“ spiritualitě, nezvyšuje zájem o jiný druh náboženských fenoménů.³⁶³

Převédeme-li tato zjištění do prostředí nemocnic a vezmeme-li v úvahu, že zejména ve velkých nemocnicích nemá klinická pastorační péče ani při nejlepší vůli možnost dosáhnout ke všem pacientům, ale pouze k těm, kteří si přítomnost nemocničního kaplana sami vyžádají či je případně na vhodnost návštěvy u pacienta upozorní příbuzní nebo zdravotnický personál, jeví se být tzv. „alternativně“ věřící pacienti se „svou“ spiritualitou a nezájmem o křesťanství a církve pacienty pro křesťanskou pastorační péči obtížně dosažitelnými a oslovitelnými. V této souvislosti se přirozeně nabízí úvaha, zda by pro tuto skupinu pacientů nebyla skutečně vhodnější a přijatelnější jakási obdoba výše zmíněné sekulární „spiritual care“, poskytované jinými profesemi než

³⁶² HAMPLOVÁ, D. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*, s. 81.

³⁶³ Srov. tamtéž, s. 80.

nemocničními kaplany v rámci nemocnic, které by mohly pružněji reagovat na spirituální potřeby těchto pacientů, neboť by s nimi byly v častějším kontaktu již z povahy své profese (např. zdravotní sestry, fyzioterapeuti apod.) a mohly by v rámci zastřešující „spiritual care“ v případech potřeby zapojit i nemocniční kaplany.

Tato případná úvaha však rozhodně neznamená, že by se křesťanská pastorační péče neměla pokusit oslovit i tuto skupinu pacientů. Klinická pastorační péče ze své definice není zaměřena pouze na úzkou skupinu „tradičně“ věřících, jak bylo uvedeno výše, ale je ekumenická, nábožensky pluralitní a měla by být schopna vycházet vstříc spirituálním potřebám všech skupin lidí, kterým je určena. Nemocniční kaplani musí samozřejmě respektovat ty, kteří odpovědi na své existenciální otázky nehledají v křesťanství a nepřejí si duchovní doprovázení. Jak je uvedeno v deklaraci o náboženské svobodě *Dignitatis humanae*, „(...) lidská osoba má právo na náboženskou svobodu. Tato svoboda záleží v tom, že všichni lidé musí být prosti nátlaku jak ze strany jednotlivců, tak ze strany společenských skupin a jakékoli lidské moci (...). Právo na náboženskou svobodu je založeno na důstojnosti lidské osoby, (...) nevyplývá ze subjektivní dispozice osoby, nýbrž ze samé její přirozenosti.“³⁶⁴ Zároveň je zde však řečeno, že „nikdo nemá být nucen k přijetí víry proti své vůli“³⁶⁵. To je ještě zopakováno a zdůrazněno v dekretu o misijní činnosti církve *Ad gentes*, v němž se praví, že „církve přísně zakazuje, aby byl někdo k přijetí víry nucen nebo přiváděn či lákán nepatřičnými způsoby (...)“.³⁶⁶ Nemocničním kaplanům nejsou povoleny jakékoliv činnosti, při kterých by docházelo k duchovní vtíravosti, agitaci nebo propagaci církve a náboženských společností ve vztahu k pacientům. V etickém kodexu, který je součástí výše uvedené *Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví* resp. dalších dohod mezi ČBK, ERC a MZ ČR, se doslova hovoří o tom, že „chápání služby nemocničního duchovního je primárně neevangelizační“.³⁶⁷ Toto označení vychází z ekumenického pojetí výše uvedené *Dohody* a v tomto kontextu byl také termín použit. V katolickém pojetí by byl výstižnější spíše výraz „nemisijní“, neboť klinická pastorační péče má v rámci nemocnic jednu specifickou úlohu vyplývající z jejího křesťanského zakotvení, a sice přispívá k humanizaci medicíny a je tak naopak hluboce evangelizační. Jak uvádí T. Machula: „To, že někdo kvůli dobovým omezením, osobní

³⁶⁴ DH 2.

³⁶⁵ DH 10.

³⁶⁶ AG 13.

³⁶⁷ *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církve v České republice* [online]. [cit. 2019-09-09]. Dostupné na WWW: <<http://spcp.prf.cuni.cz/dokument/Dohoda-o-duchovni-peci-ve-zdravotnictvi.pdf>>.

situaci nebo životním podmínkám nemůže explicitně svědčit o pravdách víry, neznamená, že nemůže mít účast na službě hlásání evangelia.“³⁶⁸

Nemocniční kaplani tedy rozhodně nemohou tzv. „alternativně“ věřícím pacientům vnucovat svou náboženskou víru a jsou ostatně povinni chránit všechny pacienty před nevhodnou duchovní vtíravostí a proselytismem, přesto se však lze domnívat, že i tzv. „alternativně“ věřící pacienti by v době závažného onemocnění uvítali prostou blízkost druhého člověka v osobě nemocničního kaplana, který jim naslouchá a s respektem a úctou je v jejich obtížné životní situaci doprovází. Pro klinickou pastorační péči to znamená hledat témata, která by byla schopna oslovit i tzv. „alternativně“ věřící pacienty, a způsoby, jak vyjít vstříc jejich spirituálním potřebám tak, aby klinická pastorační péče dostála svému poslání prospět trpícím v těžkých životních situacích bez ohledu na jejich vyznání, aby však přitom neztratila ze zřetele své křesťanské zakotvení a svou křesťanskou identitu. Nešťastná by v tomto směru byla případná snaha klinické pastorační péče usilovat o co největší obsahovou neutralitu v komunikaci (nejen) s těmito pacienty, jdoucí cestou „spiritual care“ ve snaze oslovit co nejširší spektrum klientů v nemocnici a rezignující přitom na svůj křesťanský základ, neboť nemocniční kaplani nejsou ani psychologové, ani sociální pracovníci či terapeuti a úkolem klinické pastorační péče v nemocnici není být jejich náhradou či obdobou státem organizované sociální péče, případně pouze vyplnit místo tam, kde zatím není dostatečně rozvinuta sociální či jiná služba.

7.2 Současná praxe ve vztahu k výše stanoveným kritériím

Jak výsledky výzkumů v teoretické i praktické části práce ukázaly, vnímají lidé v České republice církev(círky) nejen prostřednictvím nejrůznějších skandálů, vlastních předsudků či zkreslení, ale významnou měrou rovněž prostřednictvím služby potřebným. Kdo jsou dnes tito „potřební“, resp. „lidé na okraji“, kteří potřebují pomoc a k nimž se má obracet pastorační pozornost církve, chce-li jednat podle Ježíšova vzoru, je proto podle P. M. Zulehnera základní kairologická otázka, jak bylo uvedeno výše.

Smysl pro odpovědnost za potřebného bližního, neboť „na něm stojí každá civilizovaná společnost“,³⁶⁹ vyzdvihuje v současné době zejména papež František, který upozorňuje na nové formy chudoby a slabosti, kterým je třeba věnovat pozornost

³⁶⁸ MACHULA, T. Hlásání evangelia a společenství církve. In: *Katolický týdeník*, 2008 příloha Perspektivy, roč. 19., č. 5.

³⁶⁹ LS 25.

a v nichž máme poznávat trpícího Krista. Jde zejména o bezdomovce, narkomany, staré a opuštěné lidi, migranty či ženy trpící domácím násilím: „Tragicky se zvyšuje počet migrantů, kteří utíkají před bídou umocněnou devastací životního prostředí, nedostává se jim statutu uprchlíků podle mezinárodních konvencí a nesou tíži vlastního života zbaveného jakýchkoli ochranných norem.“³⁷⁰ Mezi ony slabé, o něž musí církev rovněž pečovat, patří i nenarozené děti, „které jsou nejbezbrannější a nejnevinnější. (...) Obrana rodičího se života se vnitřně pojí s obhajobou jakéhokoli lidského práva. Vychází z přesvědčení, že lidská bytost je vždy posvátná a nedotknutelná v jakékoli situaci a v každé fázi svého vývoje“.³⁷¹ Patří mezi ně i staří lidé, kteří jsou často ohroženi chudobou, proto papež zdůrazňuje potřebu mezigenerační solidarity: „Neztrácejme se v představách o chudých zítřka, stačí když budeme myslet na ty dnešní, kterým na této zemi zbývá pár let života a nemohou již déle čekat.“³⁷² Tito všichni představují onoho „potřebného druhého, s nímž jsme se setkali náhodou (srov. L 10,31), ať už je to kdokoli“.³⁷³

Papež František silně akcentuje potřebu spravedlnosti, solidarity a služby bližnímu a sám ji uskutečňuje konkrétními činy – mytí nohou dvanácti vězňům (z nichž polovina byly ženy) ve věznici Rebibbia na Zelený čtvrtek, návštěva uprchlíků na ostrově Lampedusa, oběd s několika mladistvými vězni, imigranty, bezdomovci a romskou rodinou, a celá řada dalších. Ve svém konání tak navazuje na II. vatikánský koncil a jeho dokumenty – první větu pastorální konstituce *Gaudium et spes*: „Radost a naděje, smutek a úzkost lidí naší doby, zvláště chudých a všech, kteří nějak trpí, je i radostí a nadějí, smutkem a úzkostí Kristových učedníků, a není nic opravdu lidského, co by nenašlo v jejich srdci odezvu“³⁷⁴, i na věroučnou konstituci o církvi *Lumen gentium*, podle níž patří láska k chudým k identitě církve, která „v chudých a trpících vidí obraz svého chudého a trpícího zakladatele“.³⁷⁵ Papež, který požaduje otevřenost vůči chudým a praxi spravedlnosti, proto vyzývá církev, aby se sama stala církví chudou a otevřenou pro potřeby těch nejchudších: „Je mi milejší církev otlučená, zraněná a špinavá proto, že vyšla do ulic, než církev, která je nemocná svou uzavřeností a pohodlností, s níž lne ke svým jistotám. Nechci církev, která dbá o to, aby byla středem, a která se nakonec

³⁷⁰ LS 25.

³⁷¹ EG 213.

³⁷² LS 162.

³⁷³ Srov. DCE 25.

³⁷⁴ GS 1.

³⁷⁵ LG 8.

uzavírá do spleti obsesí a procedur (...) zatímco venku je množství hladovějících a Ježíš nám bez ustání opakuje: „Vy jim dejte jíst!“ (Mk 6,37).³⁷⁶

Zásadu solidarity, kterou zdůrazňuje papež František, uvádí v sociální encyklice *Centesimus annus* rovněž papež Jan Pavel II jako „jednu ze základních zásad křesťanského pojetí společenského a politického řádu“.³⁷⁷ Je zmíněna také v encyklice *Sollicitudo rei socialis*, kde je zdůrazněno, že solidarita není jen neurčitý soucit nebo povrchní dojetí nad zlem, nýbrž „pevná a trvalá odhodlanost usilovat o obecné blaho neboli dobro všech a jednoho každého, protože všichni jsme zodpovědní za všechny“.³⁷⁸ Jak je v encyklice dále uvedeno, „jsou projevy solidarity uvnitř každého společenství účinné tenkrát, jestliže se jeho členové navzájem uznávají jako osoby. Solidarita nám pomáhá vidět toho ‚druhého‘ – osobu, lid nebo národ – nikoli jako jakýsi nástroj, (...) ale jako bytost nám ‚podobnou‘, ‚pomocníka‘ (srov. Gn 2,18.20), jemuž, podobně jako sobě, máme dát účast na ‚hostině života‘, na kterou Bůh zve všechny lidi bez rozdílu“.³⁷⁹ Solidarita je tedy také pravdou a mravní ctností: „dostává se na úroveň základní *společenské ctnosti*, protože patří do oblasti spravedlnosti, což je ctnost zaměřená jedinečným způsobem ke *společnému dobru*, a k úsilí o dobro bližního v ochotě a v duchu evangelia ‚zapřít sám sebe‘ pro druhého, místo abychom ho zneužívali; ‚sloužit mu‘, místo abychom ho utlačovali pro vlastní prospěch (srov. Mt 10,40–42; 20,25; Mk 10,42–45; Lk 22,25–27).“³⁸⁰

K těm, kdo jsou dnes oněmi „lidmi na okraji“ resp. adresáty „opce pro chudé“, na které je podle P. M. Zulehnera třeba se kairologicky ptát, patří, jak bylo uvedeno výše v kapitole páté, také lidé, kteří se ocitli v mezní životní situaci z důvodu závažné diagnózy či nepříznivé prognózy svého onemocnění. Podle papeže Františka jsou právě nemocní centrem křesťanské péče a křesťané mají být těmi, kdo umožňují druhým setkat se s Kristem, a těmi, kterým leží na srdci péče o nemocné.³⁸¹ Papež uvádí jako příklad 5. kapitolu Skutků apoštolů popisující zázraky, ke kterým v Jeruzalémě docházelo rukama apoštolů v čele s Petrem (Sk 5,15). Podle papeže se zde „rodící církve jeví jako polní nemocnice, která přijímá ty nejslabší osoby, tedy

³⁷⁶ EG 49.

³⁷⁷ CA 10.

³⁷⁸ SRS 38.

³⁷⁹ Tamtéž, 39.

³⁸⁰ PAPEŽSKÁ RADA PRO SPRAVEDLNOST A MÍR. *Kompendium sociální nauky církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, čl. 193.

³⁸¹ FRANTIŠEK. *Centrem křesťanské starostlivosti jsou nemocní*, audience na nám. sv. Petra, 28. 8. 2019. Dostupné na WWW: <<https://www.cirkev.cz/cs/aktuality/190828papez-frantisek-centrem-krestanske-starostlivosti-jsou-nemocni>>.

nemocné“.³⁸² Utrpení druhých přitahovalo apoštoly, kteří nevlastnili ani stříbro, ani zlato, ale byli silní v Ježíšově jménu: „V jejich očích, stejně jako v očích křesťanů všech dob, jsou nemocní privilegovanými příjemci radostné zprávy o Božím království, jsou bratry Krista, ve kterých je On sám zvláštním způsobem přítomný, aby se nechal hledat a nalézat od nás všech (...). Nemocní jsou pro církev, pro srdce kněží a pro věřící privilegovanými. Nejsou k tomu, abychom je skartovali, naopak, jsou k tomu, abychom o ně pečovali a starali se o ně: jsou centrem křesťanské starostlivosti.“³⁸³ Pastorační pozornost církve proto směřuje i k této skupině „potřebných“, a to mj. v podobě již zmiňované klinické pastorační péče. Je však otázkou, zda je pro tuto podobu pastorační péče v současné české, sekulární společnosti „příhodný čas“ a dále je otázkou, která z výše uvedených dílčích kritérií, jak byla uvedena ve třetí kapitole této práce – *Kriteriologie*, mají být stanovena pro praxi církve v oblasti péče o nemocné, chce-li a má-li dnes církev oslovit nejen věřící, ale i tzv. nevěřící, či „jinak“ věřící pacienty.

Výše uvedený obraz či metafora církve jako polní nemocnice, kterou papež František při audienci na nám. sv. Petra použil, ukazuje možný a nosný způsob přítomnosti a působení církve v dnešní sekulární společnosti, a to nejen v oblasti péče o nemocné, i když zde je tento obraz patrně nejvýstižnější, ale především ve vztahu ke všem, kteří se s církví neidentifikují, nesdílejí její víru, kteří jsou tzv. hledající či mají svou vlastní „víru“. Papež Benedikt XVI. nastínil o Vánocích roku 2009 myšlenku tzv. *Nádvoří národů*. Název projektu vychází z označení nádvoří v Jeruzalémském chrámě, do něhož měli přístup i příslušníci jiných národů než židovského. *Nádvoří národů* koresponduje s myšlenkou mezináboženského dialogu s cílem „přispět k dialogu a zohlednění otázek lidské existence našimi společnostmi, především těmi, které mají duchovní charakter“.³⁸⁴ První setkání *Nádvoří národů* se konalo od 24. do 25. března 2011 v Paříži a Benedikt XVI. na jeho závěr přednesl videoposelství adresované účastníkům z řad věřících i nevěřících: „Mnozí dnes připouštějí, že nepatří k žádnému náboženství, ale touží po novém a svobodnějším, spravedlivějším a solidárnějším, mírumilovnějším a šťastnějším světě. (...) Má-li být vytvořen svět svobody, rovnosti a bratrství, měli by věřící i nevěřící cítit, že jsou svobodní a rovní ve svém právu žít svůj osobní i kolektivní život a zůstat věrni vlastnímu přesvědčení, a měli by jeden druhému být bratrem. Důvodem pořádání tohoto ‚Nádvoří národů‘ je snaha přispět k takovému bratrství, jež

³⁸² Tamtéž.

³⁸³ Tamtéž.

³⁸⁴ CÍRKEV.cz. *Nový projekt papeže Nádvoří pohanů se konal v Paříži*. Dostupné na WWW: <<https://www.cirkev.cz/archiv/110328-novy-projekt-papeze-nadvori-pohanu-se-konal-v-parizi>>.

přesahuje jednotlivá přesvědčení, ale nepopírá jejich rozdíly.³⁸⁵ Benedikt XVI. tímto projektem zdůraznil potřebu otevřít a poskytnout v církvi prostor i těm lidem, kteří se s církví plně neidentifikují, přesto s ní chtějí jít určitou společnou část cesty a zachovat si přitom vlastní svobodu.

Papež František jde svou metaforou církve jako „polní nemocnice“ ještě dál: církev nemá „pouze“ otevřít „nádvoří národů“, ale má sama vyjít ze svých struktur, „místo církve, která jenom přijímá a má otevřené dveře, snažme se být také církví, která nachází nové cesty, je schopná vycházet ze sebe a jít k těm, kdo do ní nepřicházejí, odešli nebo jsou lhostejní.“³⁸⁶ Církev má především vyjít tam, kde jsou lidé zraňováni, kde trpí, má „zahřívát srdce a léčit rány“. Jak papež uvádí: „Je mi zcela jasné, že to, co dnes církev potřebuje ze všeho nejvíc, je schopnost léčit rány a zahřívát lidská srdce, tedy blízkost a solidarita. Církev vidím jako polní nemocnici po bitvě. Těžce raněného se nemusíme ptát, jak vysoký má cholesterol nebo cukr. Je třeba léčit rány. Až potom můžeme mluvit o všem ostatním. Léčit rány, léčit rány... Musíme začít úplně zdola.“³⁸⁷

Pro papeže Františka je proto důležitý „obrat od moralizujícího křesťanství ke křesťanství terapeutickému“.³⁸⁸ Požaduje církev, která „zahřeje srdce lidí blízkostí a sounáležitostí“, která „nečeká, až zranění zaklepe na dveře, jde a vyhledává je na ulici, shromažďuje je, objímá, léčí, dává jim pocítit lásku“. Toto je podle papeže *kairos*, „zažíváme *kairos* milosrdenství, ten správný čas“.³⁸⁹ Církev nemá být církví trestající, ale umožňující shledání s láskou, kterou je Boží milosrdenství. Proto je nutné vyjít ven: „vyjít z kostelů a z farností, vyjít ven a hledat lidi tam, kde žijí, kde prožívají svá utrpení i naděje“.³⁹⁰ Obrazem, popisujícím tuto církev, je právě polní nemocnice: „Ze své podstaty vzniká tam, kde se bojuje. (...) Je to mobilní struktura, místo první pomoci, záchranné služby, aby se zabránilo tomu, že vojíni zemřou. Zde se uplatňuje urgentní péče, neuskutečňují se specializovaná vyšetření.“³⁹¹ Úkolem církve je „znovu odhalit mateřské lůno milosrdenství a jít vstříc mnohým ‚raněným‘, již potřebují vyslechnutí, pochopení, odpuštění a lásku“.³⁹²

³⁸⁵ Tamtéž.

³⁸⁶ RADIOVATICANA.cz. *Rozhovor s papežem Františkem*. Dostupné na WWW: <<https://www.radiovaticana.cz/clanek.php?id=18878>>.

³⁸⁷ Cit. podle ZULEHNER, P. M. *Papež František a jeho reforma církve*. Praha: Vyšehrad, 2016, s. 73.

³⁸⁸ Tamtéž, s. 74.

³⁸⁹ PAPEŽ FRANTIŠEK. *Jméno Boží je Milosrdenství*. Rozhovor s A. Torniellim. Praha: Dobrovský, 2016, s. 22–23.

³⁹⁰ Tamtéž, s. 61.

³⁹¹ Tamtéž, s. 61–62.

³⁹² Tamtéž, s. 62.

Pastorace proto pro papeže Františka neznamena jen zaměření na spirituální rozměr člověka, ale tak jako Ježíš, který „byl dalek filozofiím, které pohrdaly tělem, hmotou a realitou tohoto světa“, ³⁹³ se dotýká lidí, kteří k němu přicházejí, také v jejich tělesnosti – při objetí, pohlazení, podání ruky; dotýká se jejich tělesné bolesti, křehkosti, nemoci, vstupuje s nimi tímto způsobem do dialogu a tím se dotýká i jejich srdcí. Pro papeže je druhý člověk darem, ³⁹⁴ proto zdůrazňuje, že je důležité naučit se přijímat druhé jako své souputníky a naučit se vidět v jejich tváři, v jejich hlase Ježíše Krista. ³⁹⁵ Kristovo tělo a Kristův kříž nás podle papeže vybízí k tomu, abychom se setkávali s druhými, brali je do náruče, vzájemně se podpírali, abychom se vystavovali setkání s tváří druhého a s jeho fyzickou přítomností, s jeho bolestí. Má-li být naše víra ve vtěleného Božího Syna autentická, nemůže být oddělena od služby (...) ³⁹⁶

Papež František proto požaduje pastoraci, která neztratí reálný kontakt s lidmi, ³⁹⁷ která vybízí k tomu, „abychom opustili pohodlné pastorační kritérium ‚vždycky to tak bylo‘“ ³⁹⁸ a abychom „odvážně a tvořivě promýšleli cíle, struktury, styl i evangelizační metody“. ³⁹⁹ Požaduje nikoli odosobněnou pastoraci, která přikládá větší pozornost organizaci než lidem, nýbrž pastoraci, která je setkáním s lidmi, kteří mají tělo a konkrétní tváře. ⁴⁰⁰ Aby se církev mohla s těmito lidmi setkat, musí vycházet ven k druhým, musí být „církví otevřených dveří“. ⁴⁰¹ Toto „vycházení“ se má podle papeže Františka stát „trvalým postojem aktérů pastorace“. ⁴⁰² Právě činná láska, solidarita s druhými, péče o lidi tak zvaně „na okraji“ či v mezních životních situacích vycházející z evangelia, a doprovázení těchto lidí s úctou a respektem je tím, co lze v současné společnosti označit za „znamení doby“. Kritérium pomoci bližnímu tak zároveň ukazuje, že tím, k čemu je v současné společnosti nyní a zde příhodný čas – *kairos*, je právě služba potřebným: *diakonia*.

Je-li tedy jako *kairos*, čas příhodný, rozpoznán čas pro *diakonii*, slovy papeže Františka „diakonii milosrdenství“, nabízí se otázka, jakým konkrétním způsobem by měla být církev diakonicky přítomna v sekulární společnosti tak, aby byla skutečně

³⁹³ LS 98.

³⁹⁴ Srov. AL 151.

³⁹⁵ EG 91.

³⁹⁶ Srov. EG 87, 88; dále srov. AL 164.

³⁹⁷ Srov. EG 82.

³⁹⁸ EG 33.

³⁹⁹ Tamtéž.

⁴⁰⁰ Srov. EG 82; 90.

⁴⁰¹ Srov. EG 46.

⁴⁰² EG 27.

církvi vycházející k potřebným naší doby, kterým přináší radostnou zvěst. Papežovu požadavku otevřenosti vůči druhým, v níž on sám je nejlepším příkladem, a vyjití ke všem lidem, kteří jsou v nejrůznějších oblastech zraňováni, svým stylem pastorače patrně nejvíce odpovídá činnost církve v oblasti tzv. kategoriální pastorače, tj. služba kaplanů v armádě, věznicích či v nemocnicích, která je i českou veřejností obecně velmi kladně přijímána. Jak uvádí T. Halík: „Kaplaní v armádě, na univerzitách, v nemocnicích, na letištích či ve věznicích – ti tam nejsou jen pro ‚zbožné‘, ani tam nelapají další ‚ovečky do svého stáda‘: jsou připraveni sloužit všem, protože každý člověk má svůj duchovní život a duchovní potřeby. Duchovní život, to je trvalé hledání smyslu svého života a smyslu právě probíhajících situací v životě, zvláště těch ‚hraničních‘. Tam často potřebuje člověk ještě víc než psychologa a sociálního pracovníka. Duchovní služba si musí osvojit jazyk, jemuž rozumí i ‚nevěřící‘ – ale zároveň musí rozumět i ‚víře nevěřících‘ a vědět, že čistě sekulární jazyk v některých situacích nestačí.“⁴⁰³

Tato pastorače představuje, vedle farností a sborů, vedle klasické misie, další způsob přítomnosti a působení církve ve společnosti. V roce 2007 byl vydán závěrečný dokument Plenárního sněmu katolické církve v ČR s názvem *Život a poslání křesťanů v církvi a ve světě*, jehož jedna část se týkala právě kategoriální pastorače. Bylo v něm konstatováno, že obnovení kategoriální pastorače po době nesvobody v její plné šíři stále naráží na mnohá nedorozumění, a zdůrazněna potřeba chápat kategoriální pastorači „jako nedílnou složku života církve, ve svém významu a důležitosti rovnocennou farní pastorači“.⁴⁰⁴ Dnes, po třinácti letech od vydání tohoto dokumentu, se ukazuje, že kategoriální pastorače není pouze jednou ze služeb církve, ale je inspirací pro to, jak má církev chápat sebe sama coby „polní nemocnici“ a jakým stylem má být přítomna v současné společnosti tak, aby mohla vycházet ke všem lidem, kterým může prospět bez ohledu na to, zda se s ní identifikují či nikoli.

Hlavním posláním kategoriální pastorače v dnešní době je doprovázet lidi, vnímat jejich problémy v obecně lidském rozměru, ale také rozvíjet spirituální dimenzi člověka všude tam, kde se lidé ptají po smyslu či příčině, kde je smysl jejich života otřesen v mezní situaci, kterou může být např. vážná nemoc či smrt blízkého člověka, a v níž

⁴⁰³ AKADEMICKÁ FARNOST PRAHA. *Rozhovor Tomáše Halíka pro ČTK* (31. 5. 2018). Dostupné na WWW: <<http://www.farnostsalvator.cz/clanek/2391/rozhovor-tomase-halika-pro-ctk-#.XezG2ehKhPY>>.

⁴⁰⁴ PLENÁRNÍ SNĚM KATOLICKÉ CÍRKVE V ČR. *Život a poslání křesťanů v církvi a ve světě: Závěrečný dokument Plenárního sněmu katolické církve v ČR*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007, s. 53.

potřebují doprovázení a naslouchání. Církev se prostřednictvím této služby dostává do prostředí a k lidem, k nimž by se za jiných okolností dostala jen obtížně – k lidem, kteří běžně nenavštěvují bohoslužby, kteří mají mnohdy zkreslené představy o církvi, kteří však mohou nově vnímat církev nikoli prostřednictvím skandálů, ale konkrétních lidí v osobě kaplanů. V tomto smyslu je onou „polní nemocnicí“, jak o ní hovoří papež František, neboť vychází ze svých hranic ven k lidem v hraniční situaci a chce jim být partnerem v rozhovoru. Zde může křesťanství rozvinout svou terapeutickou úlohu, kterou papež zmiňuje – léčit rány a přinášet naději. Tato praxe odpovídá Ježíšově praxi příklonu k chudým, nemocným, vyloučeným, jeho lásce k trpícímu a potřebnému bližnímu, která je základním měřítkem, kritériem pro praxi církve, jak bylo uvedeno výše v kapitole *Kriteriologie*. V tomto zaměření se na jádro evangelia – v milosrdenství, solidární lásce, odpovědnosti za potřebné, vyloučené, lze rozpoznávat příhodný čas – *kairos pro diakonii*.

V obrazu církve jako polní nemocnice, konkretizovaném v různých formách kategoriální pastorace, je však obsažen ještě jeden důležitý, a sice kenotický, prvek. Tak, jako Ježíš „sám sebe zmařil a stal se jedním z lidí“ (F 2,7), má se i církev vzdát své uzavřenosti, stát se „jedním z lidí“, aniž by přitom ztratila svou křesťanskou identitu spočívající v této sebevydanosti. Láska k druhému po vzoru Ježíše Krista spočívající v sebedarování, opakovaném sebezřeknutí se sebe sama, v „umírání“ sobě samému ve prospěch druhého, znamená následovat Ježíše v jeho totální vydanosti a stát se svědkem – *martyrem* soucítěné, spolutrpicí Boží lásky.⁴⁰⁵ Vedle času příhodného pro *diakonii* lze proto v obrazu církve jako polní nemocnice rozpoznávat i čas příhodný pro *martyrii* – svědectví vlastního života, které s sebou přináší i živou přítomnost, účast s druhými a solidaritu.⁴⁰⁶ Podle teologa Leo Karrera je-li *diakonia* spojena prostřednictvím zvěstování – *martyria* s křesťanským poselstvím, že Bůh se stal člověkem, vstoupil do dějin jako ten, který zachraňuje a napřimuje, se stane zřetelným, že spravedlnost, smír a solidarita patří k podstatě toho být křesťanem.⁴⁰⁷

Klinická pastorační péče jako jedna z forem kategoriální pastorace je touto službou vyjití církve k lidem, a sice k těm, kteří se v důsledku závažného onemocnění, úrazu aj. dostali do mezní životní situace a potřebují „zahřívát srdce a léčit rány“ bez ohledu na to, zda jsou či nejsou věřící. V prostředí nemocnic, v nichž jsou i přes nejmodernější

⁴⁰⁵ SS 38; 39.

⁴⁰⁶ Srov. EN 21; 31.

⁴⁰⁷ KARRER, L. Grundvollzüge christlicher Praxis. In: HASLINGER, H. (ed.) *Handbuch Praktische Theologie. Band 2 Durchführungen*, Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 2000, s. 390–394.

technické vybavení, profesionální zvládnutí nejrůznějších diagnostických a léčebných postupů přítomny strach, úzkost, bolest, mají důležitou úlohu ti, kteří poskytují klinickou pastorační péči a jsou znamením Božího příklonu k člověku, Boží blízkosti, solidarity a milosrdenství. Avšak podobě jako v dnešní sekularizované společnosti, nemají ani v nemocnici křesťané ve svém konání jednoduchou pozici, neboť platí, že křesťané, „tento mesiášský lid, (...) se jeví jako malé stádečko“, které je však i zde „zárodkem jednoty, naděje a spásy“.⁴⁰⁸ Nejen současný sekulární společenský kontext s pozitivně přijímanou službou církví v oblasti péče o nemocné a umírající, ale i církevní kontext s akcentem papeže Františka na církve jako „plní nemocnici“ tedy ukazují, že klinická pastorační péče má své místo v péči o nemocné i v naší „ateistické“ společnosti.

Jak ukázala teoretická i praktická část předložené práce, křesťanská pastorační péče však není jedinou alternativou v tomto úsilí o „léčení ran a přinášení naděje“. Tou může být i tzv. „alternativní“ spiritualita, kterou nelze bagatelizovat odkazem na její zábavní charakter typu společenské hry, nýbrž je třeba ji brát vážně jako víru, životní orientaci a především opěrný systém takto „věřících“, k níž se v období závažného onemocnění uchylují i někteří křesťané. Ostatně J. Sundbrack upozorňuje na skutečnost, že zájem o rozšířený, byť mnohdy vágní či ezotericky chápaný výraz „spiritualita“ dnes pro křesťanství představuje nové „znamení doby“, které by mělo být reflektováno⁴⁰⁹, jak již bylo uvedeno výše. V prostředí nemocnic pak tato skutečnost znamená, že se křesťanská pastorační péče může do budoucna stát pouze jednou ze služeb poskytovaných v rámci širšího, sekulárního konceptu péče o spirituální potřeby nemocných, jak naznačují úvahy o konceptu „spiritual care“ v sousedních německy mluvících zemích. Ačkoli se tato situace klinické pastorační péče v České republice v současné době nedotýká, je i v českém kontextu – vzhledem k výše uvedenému – legitimní otázka, jak by měla klinická pastorační péče v převážně sekulárním prostředí nemocnic a v konfrontaci s tzv. „alternativní“ spiritualitou chápat sebe sama, aby mohla být jako křesťanská služba nejen autenticky prožívána a vykonávána zejména ve vztahu k nevěřícím či např. tzv. „alternativně“ věřícím pacientům, ale aby mohla být rovněž obhájena před sekulární veřejností. To zároveň znamená umět rozpoznávat, pro

⁴⁰⁸ LG 9.

⁴⁰⁹ Srov. FRICK, E. Spiritual Care – ein Zeichen der Zeit?, s. 275.

které z výše stanovených dílčích kritérií je nejen v celospolečenském kontextu, jak bylo uvedeno výše, ale i v konkrétním prostředí nemocnice nyní a zde příhodný čas.

PRAXELOGIE

8. Klinická pastorační péče v sekulárním českém kontextu: dílčí kritéria a sebepojetí

Ve třetím, závěrečném kroku Zulehnerovy metody nazvaném *Praxeologie*, je podle jejího autora reflektována stávající praxe církve, která má vést k úvahám nad tím, jakým způsobem by se měla tato praxe dále rozvíjet, měnit, případně reformovat tak, aby výsledkem byla pokud možno optimalizovaná, novým, budoucím požadavkům a výzvám lépe odpovídající praxe církve. V předložené disertační práci není cílem výše uvedeného závěrečného kroku navrhnout novou, případně jinou, lepší praxi, ale spíše se zamyslet nad tím, jak rozumět stávající praxi, jakým způsobem by měla stávající křesťanská pastorační péče o nemocné chápat samu sebe v konfrontaci především s tzv. „alternativní“ spiritualitou, pro kterou, jak bylo výše uvedeno, se v případě závažného onemocnění rovněž otevírá prostor, ale také např. se sekulární „spiritual care“.

Po počátečním stanovení kritérií pro praxi církve, zkoumání kontextu, ve kterém se tato praxe uskutečňuje, a to jak v teoretické, tak v praktické rovině, a stanovení adresátů „opce pro chudé“, tedy těch, ke kterým by měla směřovat pastorační pozornost církve v dnešní době, bylo na základě výše uvedeného vyvozeno, pro jaká ze stanovených dílčích kritérií je nyní a zde příhodný čas, a to v celospolečenském i v církevním kontextu. Předchozí, sedmá kapitola ukázala, že oním kritériem, pro které je v naší společnosti příhodný čas, *kairos*, je kritérium služby bližnímu – *diakonia*, neboť tato služba, zejména v oblasti péče o nemocné a umírající, je – i přes negativní postoj Čechů k církvím a nízký zájem o křesťanství – nejen pozitivně přijímána sekulární českou veřejností, ale je i požadavkem, který klade na církvev současný papež František, označuje-li církvev jako „polní nemocnici“, která má vyjít vstříc všem lidem bez ohledu na vyznání v jejich těžkostech a utrpení. Vedle *diakonického* kritéria má služba bližnímu i další aspekt, a sice aspekt *kenotický*, jak bylo uvedeno výše, proto lze za další kritérium pro praxi církvev ve vztahu k nevěřícím či „jinak“ věřícím označit kritérium *martyrologické* – svědectví vlastního života zprostředkovávající radostnou zvěst o Bohu, který není člověku vzdálen, ale z vlastní iniciativy sestupuje, sklání se

k člověku, aby pomohl a zachránil.⁴¹⁰ Jak uvádí T. Machula, „hlásání evangelia může nabývat různých forem, ale v každém případě by mělo být spjato s konkrétním křesťanským životem. Je zřejmé, že svědectví života je základní předpoklad, na kterém teprve hlásání víry i pravd víry stojí“.⁴¹¹

Jak předchozí kapitola rovněž ukázala, je obrazu církve jako „polní nemocnice“, o níž hovoří papež František, svým stylem pastorační blízká tzv. kategoriální pastorační péče, kterou v oblasti péče o nemocné a umírající představuje klinická pastorační péče, která již byla podrobně představena. Ačkoli je tato křesťanská služba většinou kladně hodnocena veřejností a setkává se se zájmem lidí v nemocnicích, jak dokládají statistiky počtu návštěv a intervencí u pacientů, které si v některých nemocnicích vedou nemocniční kaplani (za všechny jmenujme např. Thomayerovu nemocnici, ÚVN Praha, Fakultní nemocnici Olomouc aj.), přirozeně ne všichni pacienti o tuto službu projevují zájem a ne všichni si přejí doprovázení nemocničními kaplany; někteří pacienti mohou např. upřednostnit podporu zdravotnickými pracovníky či doprovázení blízkými osobami.⁴¹² To dokládají např. i výsledky projektu IMPAC (*Integrative model of prognostic awareness in patients with advanced cancer*) realizovaného v letech 2017–2019 Centrem paliativní péče za podpory GAČR. Jedna ze studií, uskutečněných v rámci tohoto projektu, se zabývala vnímáním preferencí a priorit v závěru života u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním, jejich příbuzných a lékařů. Výsledky studie ukázaly, že na pětistupňové škále (1 = zcela nedůležité, 2 = spíše nedůležité, 3 = ani důležité, ani nedůležité, 4 = důležité, 5 = extrémně důležité) označili pacienti možnost kontaktovat duchovního za spíše nedůležitou (hodnota 2,17).⁴¹³

K těmto pacientům, u nichž lze předpokládat nezájem o klinickou pastorační péči, mohou patřit např. tzv. „alternativně“ věřící pacienti, na něž je zaměřena pozornost v této disertační práci, kteří, jak ukázala empirická část předložené práce, jeví minimální zájem o křesťanství a mají spíše negativní vztah k církvím a jejich představitelům. Avšak i tito pacienti jsou možnými klienty klinické pastorační péče a má-li být závažné onemocnění prostorem pro etablované náboženství – křesťanství v podobě klinické pastorační péče, je třeba se ptát, jakou podobu má tato služba mít, tedy pro která z dílčích kritérií, uvedených ve třetí kapitole této práce, je ve vztahu

⁴¹⁰ HELLER, J. *Bůh sestupující*, s. 68.

⁴¹¹ MACHULA, T. Hlásání evangelia a společenství církve.

⁴¹² Srov. BORASIO, G. D. *Über das Sterben*, s. 97.

⁴¹³ CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *Výzkumný projekt: Studie IMPAC*. Dostupné na WWW: <<https://paliativnicentrum.cz/projekty/studie-impac>>.

k tzv. „alternativně“ věřícím pacientům v prostředí nemocnice příhodný čas, chce-li klinická pastorační péče oslovit i tyto pacienty a být jim partnerem v rozhovoru a doprovázení v době jejich závažného onemocnění, projeví-li o ni zájem, a má-li si tak obhájit své zaměření na všechny lidi, nejen na úzkou skupinu věřících. Zároveň je třeba reflektovat, v čem spočívají křesťanská východiska klinické pastorační péče ve vztahu k těmto pacientům, aby byla tato péče nezaměnitelná s jinými, sekulárními koncepty péče o spirituální potřeby pacientů typu „spiritual care“ či s pomáhajícími profesemi jako je např. psychologie či sociální práce.

8.1 Nacházení společných témat s „alternativně“ věřícími – klinická pastorační péče jako *diakonia*

Zkušenosti českých lékařů, výsledky šetření uvedených v teoretické části této práce i výsledky výzkumu *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných* ukázaly, že v období závažného onemocnění hraje u některých pacientů významnou roli tzv. „alternativní“ spiritualita, která je schopna natolik saturovat nejrůznější potřeby těchto pacientů, že u nich již nevyvstává potřeba zájmu o jiné náboženské fenomény typu křesťanství. Analýza dat z posledně jmenovaného výzkumu však zároveň vedla ke zjištění, že jakkoli může být snaha o navázání kontaktu s tzv. „alternativně“ věřícím pacientem z důvodu jeho nezájmu o křesťanství, církve a jejich představitele obtížná, nabízí situace závažného onemocnění témata, která mohou otevírat prostor pro dialog. K těmto tématům patří např. rodina, zejména děti, zaměstnání, potřeba celostního přístupu k pacientům aj. Tato témata mohou nejen napomoci kontaktu s pacientem, ale mohou rovněž skrývat potenciál pro hlubší rozhovor (např. obavy o budoucnost rodiny).

Klinická pastorační péče může prostřednictvím těchto témat rozvinout svou diakonickou dimenzi tím, že pomáhá změnit situaci nemocného a tedy i jeho blízkých např. pravdivým pohlednutím na dosavadní život nemocného, přehodnocením stávajících priorit, nalezením cesty k sobě samému a poznáním vlastních hranic, pojmenováním příčiny strachů a obav, aktivováním vnitřních zdrojů síly a nacházením zdrojů naděje i mimo oblast křesťanství, a může nabídnout prostor pro tematizaci potřeb, obav a otázek těchto pacientů či vyjádření jejich emocí. Právě v souvislosti s emocemi stojí za zmínku kniha psychologa a sociologa U. Kroppmanna *Indianer*

weinen nicht. Název knihy je inspirován vyprávěním mladé ženy, která byla celé dětství vychovávána v přesvědčení, že se musí chovat jako statečný indián a indiáni přece nepláčí.⁴¹⁴ Kropiunigg se ve své knize věnuje jednomu rozšířenému tabu, a sice otevřenému projevení vlastních pocitů, zejména pláče. Málokteré lidské chování je podle něj spojeno s tolika klišé a předsudky jako právě pláč.⁴¹⁵ Součástí společenské konvence se tak stalo neprojevovat silné emoce, k nimž pláč patří, neboť jsou – zejména u mužů – považovány za projev slabosti a neodpovídají očekáváním spojeným se „silným pohlavím“.⁴¹⁶ To koresponduje např. s poznatky N. Špatenkové: „V naší kultuře ‚se nesluší‘ plakat před ostatními. Je to do značné míry záležitost výchovy, především genderové výchovy: ‚Kluci přece nepláčou!‘ (...) Dokonce i jiné emoce, například projevy hněvu, mohou být pro některé klienty (např. ženy) nepřijatelné.“⁴¹⁷ Tento všeobecný společenský postoj se podle Kroppiunigga odráží i v prostředí nemocnic, kde je zvláště od lékařů vyžadováno kontrolované chování a pláč je tak považován za nevhodný.⁴¹⁸ Kaplan poskytující klinickou pastorační péči může dát při svém doprovázení prostor i některým emocionálním reakcím (nejen) pacientů, či se naopak snažit porozumět absenci takovýchto intenzivně projevovaných emocí, která, jak upozorňuje N. Špatenková, však ještě neznamená, že je dotýčný neprožívá.⁴¹⁹ Právě vyjádření potlačovaných emocí může stát na počátku ozdravného procesu vyrovnávání se s vážnou nemocí, s blízkostí smrti, ale i odpuštění, smíření se sebou, s druhými, případně s Bohem. I v tomto smyslu tak může klinická pastorační péče rozvinout svou diakonickou dimenzi.

Některá z výše uvedených, respondenty nejčastěji zmiňovaných, témat jsou předmětem následujících kapitol.

8.1.1 Rodina – zdroj opory i obav z budoucnosti

Jedním z témat, které bylo v rozhovorech s tzv. „alternativně“ věřícími respondenty, ale i s „tradičně“ věřícími často zmiňováno a bylo respondenty považováno za velmi

⁴¹⁴ KROPIUNIGG, U. *Indianer weinen nicht: Über die Unterdrückung der Tränen in unserer Kultur*. München: Kösel, 2003, s. 151–152.

⁴¹⁵ Tamtéž, s. 151.

⁴¹⁶ Srov. tamtéž, s. 16; 86–87.

⁴¹⁷ ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé: Principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, s. 119.

⁴¹⁸ Srov. KROPIUNIGG, U. *Indianer weinen nicht : Über die Unterdrückung der Tränen in unserer Kultur*. München : Kösel, 2003 s. 16; 87.

⁴¹⁹ Srov. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé: Principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, s. 119.

důležité, bylo téma rodiny a přátel. Rodinu a podporu přátel uváděli respondenti na prvním místě jako zásadní zdroj síly a opory při vyrovnávání se s nemocí. Výpovědi respondentů potvrzovali, že lidská blízkost, porozumění či pouhá přítomnost jsou důležitým prvkem při zvládnání nemoci a „nejhorší je, když je člověk se svou nemocí sám“.⁴²⁰ To potvrzuje i psycholog V. Tschuschke, který zdůrazňuje význam sociální opory prostřednictvím důležité vztahové osoby, neboť „lidé jsou primárně sociálními bytostmi a pro pocit smysluplného života potřebují někoho dalšího“, (...) kdo na postiženého jedince příznivě působí, případně uspokojuje jeho sociální požadavky, jako jsou potřeba náklonnosti, jistoty, souhlasu a sociální interakce.“⁴²¹ Takto to vnímala např. i paní Milada (66 let): „*Já si myslím, že nejbližší pomocnou ruku vždycky člověk najde na konci svého ramene, ale na druhý straně potřebuje, aby ty druhý při něm stáli. A to já jsem od první chvíle cítila u svého muže.*“ Jak navíc výzkumy ukazují, sociální a emocionální opora, kterou nemocnému poskytují rodinní příslušníci a přátelé, působí povzbudivě proti prožívání stresu.⁴²² Význam rodiny je zřejmý zejména v okamžiku, kdy nemocný v důsledku své nemoci ztrácí další opěrné body, jakými byly například záliby, zaměstnání, ale také někteří přátelé, jak uvedla paní Jarmila (45 let): „*Některým lidem od vás odpadnou, protože se změníte, ta nemoc vás prostě změní, ať chcete nebo nechcete, myslím si, že každého člověka to změní.*“

Ačkoli je tedy rodina pro zvládnání stresu, samoty, úzkosti velmi důležitá, někteří pacienti se přesto zdráhají o své nemoci se svými blízkými mluvit např. ve snaze chránit je před nepříznivou zprávou, z pocitu studu za své onemocnění či z rozpaků, zda závažné onemocnění není čistě jejich soukromou záležitostí. Jak uvádí L. Janáčková, „přestože také tam někde uvnitř toužíme po lidské blízkosti, tváříme se, že ji nepotřebujeme, vyhýbáme se jí, bagatelizujeme ji, a dokonce v domnění, že své okolí chráníme, ani nekomunikujeme.“⁴²³ Pacient tak zůstává se svou diagnózou sám: „Nemám už sílu na to, abych svému okolí vysvětlila, co cítím a co potřebuji. Měli by to přece vědět, když jsem nemocná. Ale oni nic nevědí a já jsem v té hrůze a samotě sama“, uvedla jedna z pacientek.⁴²⁴ Důležitým a zároveň obtížným úkolem pro pacienta je proto způsob sdělení diagnózy rodině (zejména dětem) a přátelům, neboť „pacientova rodina je jeho nemocí hluboce zneklidněna a šokována, někdy dokonce

⁴²⁰ JANÁČKOVÁ, L. *Život je boj*, s. 53.

⁴²¹ TSCHUSCHKE, V. *Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004, s. 107.

⁴²² Srov. tamtéž.

⁴²³ JANÁČKOVÁ, L. *Život je boj*, s. 53.

⁴²⁴ Tamtéž.

traumatizována“,⁴²⁵ avšak nemocný potřebuje její podporu a sílu, nikoli zděšení a bezmoc, jak to zažila paní Jarmila: „*Oni všichni kolem mě v té době, když mi tu nemoc diagnostikovali, tak se všichni zhroutili místo toho, aby vám dali tu podporu...*“ (Jarmila, 45 let).

Ne vždy je tak rodina zdrojem síly, opory a jistoty. Jak již bylo uvedeno, sdělení skutečnosti vážné nemoci může vést k ochromení obvyklého chodu rodiny, k pocitům zoufalství a bezmoci jejích členů, či naopak k přehnané aktivitě ve snaze zajistit nemocnému co nejlepší péči, a obojí může pro nemocného představovat stresující faktor. Švýcarská psychiatrička E. Kübler-Rossová definovala pět známých stadií, kterými prochází nemocný na cestě smířování se se závažnou nemocí nebo skutečností blízké smrti, a to bez ohledu na to zda je, nebo není věřící.⁴²⁶ Těmito stádii vyrovnávání se s nemocí svého blízkého procházejí – často s časovým posunem – i jeho rodinní příslušníci a komunikace s nimi proto může představovat jak pro nemocného samotného, tak pro zdravotnický personál zátěžovou situaci, neboť na nepříznivé zprávy o jeho zdravotním stavu mohou reagovat neadekvátně. H. Haškovcová v této souvislosti uvádí, že „nejen laická, ale i část odborné veřejnosti velmi rychle přijala názor, že se smrt nehodí do našeho úspěšného života a že je ‚vadou na kráse‘ úspěšné medicíny. Pro moderního člověka je samozřejmostí žít dlouho, úspěšně a šťastně. Stejně samozřejmé je spoléhání na mocnou medicínu, která umí i zázraky“.⁴²⁷ V kontextu vítězné medicíny pak příbuzní těžce nemocného či umírajícího pacienta mnohdy považují neodvratitelnou smrt za selhání techniky či jednotlivých lékařů. Odmítají akceptovat objektivní stav nemocného, snaží se využít „všech dostupných možností“ a zajistit pacientovi nestandardní léčebné metody, „zázračné léky“, usilují o jeho přeložení na jinou, „lepší“ kliniku apod., a umírající je tak zatěžován léčbou, která mu přináší víc obtíží, než prospěchu. Za tímto úsilím mohou často stát pocity viny, že příbuzní pro svého blízkého neučinili vše, co bylo v jejich silách.⁴²⁸ To se může následně odrazit jak ve vztahu lékaře a pacienta, lékaře a pacientových blízkých, tak ve vztahu nemocného k vlastní rodině.

U respondentů ze skupiny tzv. „alternativně“ věřících vedla nedůvěra ve zdravotnický systém a lékařskou péči k hledání možností tzv. „alternativní“ léčby, a to právě na popud nebo doporučení některého z členů rodiny, jak uvádí např. paní Ivana

⁴²⁵ ANGENENDT, G., SCHÜTZE-KREILKAMP, U., TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie v praxi: Psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, 2010, s. 114.

⁴²⁶ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1994, s. 13–31.

⁴²⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 21–22.

⁴²⁸ Tamtéž, s. 104.

(47 let): „Šla jsem hlavně na karty kvůli tomu, jak dopadne moje onemocnění. Pak jsme s rodiči navštěvovali různé léčitele“, či na základě předchozích negativních zkušeností s výsledky léčby stejného onemocnění u jiného člena rodiny, jako v případě paní Jarmily (45 let): „Já jsem k tomu přišla tak, že moje mamka zemřela na tu samou nemoc (...) a protože jsem řešila klasickou medicínu, kde tady (...) ta péče byla velice špatná, tak jsem si vyhledala odborníka v Praze. Na základě toho na doporučení ještě svojí švagrový jsem vyhledala tu tradiční čínskou medicínu.“

Rodina může být pro pacienty nejen zdrojem podpory v těžké životní situaci, ale může pro ně představovat i zdroj obav, jak ukázal výše uvedený výzkum. Ty se podle výpovědí respondentů týkaly především budoucnosti partnera/ky či manžela/ky a zejména dětí, a to i v případě, kdy „dětí“ již byly dospělé. Respondenti shodně uváděli, že v době nemoci přemýšleli o tom, jak se jejich rodina vyrovná s jejich případnou smrtí, jak bude bez nich dále žít a zvládat různé povinnosti a úkoly, které do té doby zastával nemocný. Předmětem obav a starostí byla v některých případech i skutečnost, že se členové rodiny vyrovnávali s nemocí hůře, než respondent sám, jak již bylo uvedeno. „Mě opravdu trápilo to, že ten manžel a syn zůstanou beze mě. Oni přede mnou byli hrozní hrdinové, hlavně manžel, a je to tak do dneška, ale pak jsem se dozvěděla od sousedů, že tam chodí brečet“, uvedla paní Květa, 53 let.

Na druhé straně se právě děti pro respondenty ukázaly být významným motivačním prvkem v jejich snaze o uzdravení. Paní Karolína (67 let) na otázku, co nebo kdo pro ni byl zdrojem naděje, uvedla: „Určitě rodina, hlavně dcera, tý bylo tenkrát jedenáct let, to byl hnací motor, že musím všechno překonat“. Pro paní Jarmilu (45 let) bylo důležité, aby syn mohl vyrůstat s ní: „Mně nejvíc pomohlo to..., já už s bývalým manželem nežiju, ani s tou jeho rodinou, a když jsem viděla to prostředí, kde by měl můj syn vyrůstat, tak to ve mně vyburcovalo to, že jsem říkala, že musím přežít za každou cenu, že ho tady nemůžu jim nechat.“ Pro vyrovnávání se s obavami o budoucnost rodiny se ukázala být důležitou podpora ze strany přátel. Také L. Janáčková zdůrazňuje, jak je pro nemocné důležité naučit se přijímat pomoc od přátel: „V ordinaci se setkávám s mnoha nemocnými. Každý z nich, když ho nemoc zasáhne, má nějaké přátele a známé. Každý z nich má jiná očekávání ve vztahu k nim. Jsou lidé, kteří neváhají o pomoc požádat (...). Jiní od svých přátel pomoc nečekají (...).“⁴²⁹ Avšak, jak Janáčková dále uvádí, „mnoho lidí ve vašem okolí ví nebo tuší, že jste nemocní. I oni s vámi cítí. (...) I oni se

⁴²⁹ JANÁČKOVÁ, L. *Život je boj*, s. 64.

v životě setkali s těžkými chvílemi (...). Chtějí vám pomoci – kvůli vám, ale také kvůli nim samým (...).“⁴³⁰ Pan Daniel (60 let) např. na otázku, co nebo kdo pro něj byl v období nemoci zdrojem naděje, uvedl: „(...) *no a potom taky známí samozřejmě*“. Vážné onemocnění může být, jak bylo uvedeno výše, „prubířským kamenem“ skutečného přátelství. H. Pompey zdůrazňuje, že „ohrožení naší zdánlivé bezpečnosti a života samého (...) nastoluje především otázku kvality a spolehlivosti existujících mezilidských vztahů.“⁴³¹

Jak tedy výpovědi respondentů ukazují, téma rodiny, které bývá u zdravých lidí všedním námětem hovoru, může v souvislosti se závažným onemocněním otevírat prostor pro další hlubší témata, jakými je např. důvěra, odpuštění sobě i druhým, smíření, vyrovnání se se strachem o své bližní či uspořádání vztahů v rodině. Důležité je v této souvislosti především téma lásky, která je ve všech těchto dílčích aktech přítomná. A. Opatrný označuje zážitek a zkušenost lásky za fundamentální cestu k duchovní hloubce člověka, za „(...) krok, kterým člověk překračuje hranice své vlastní osobnosti a zájmu o sebe sama a otevírá (vydává) se druhým.“⁴³² Láska ať již k dětem, rodičům, partnerovi, která je „vykročením“ ze sebe sama k druhým, tak otevírá prostor pro setkání s „Bohem, který je láska“, jak praví Písmo. Proto „jestliže milujeme tak, že zapomínáme na sebe, že překračujeme své vlastní egoistické zájmy a nároky, pak v tom, co takto milujeme, například v člověku, kterému prokazujeme nezištně a nepodmíněně lásku, skutečně (byť třeba ‚anonymně‘) se setkáváme s tím, co nás (či kdo nás) radikálně překračuje: s Bohem.“⁴³³ Podobně to ve své encyklice *Deus caritas est* vyjadřuje i papež Benedikt XVI.: „Mezi láskou a božstvím existuje určitý vztah (...). Ano, láska je ‚extáze‘, nikoli však extáze ve smyslu jednoho okamžiku opojení, je to extáze ve smyslu putování, trvalého exodu z já, které je uzavřené do sebe, směrem k jeho osvobození v sebedarování, a právě proto směřujícího k opětovnému nalezení sebe, ba dokonce k objevení Boha.“⁴³⁴

Podobný přesah jako zkušenost lásky může mít např. zkušenost odpuštění, a to jak ve smyslu „odpustil jsem“, tedy směrem k druhým lidem, tak ve smyslu „bylo mi odpuštěno“ – směrem k sobě. Odpuštění hraje významnou roli při uspořádání vztahů s druhými lidmi i se sebou samým. Odpuštěním tvoříme novou skutečnost

⁴³⁰ Tamtéž, s. 65.

⁴³¹ POMPEY, H. *Zomieranie*, s. 10.

⁴³² OPATRŇY, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, 2005, s. 76.

⁴³³ HALÍK, T. *Chci, abys byl: Křesťanství po náboženství*. Praha: NLN, 2012, s. 135.

⁴³⁴ DCE 5, 6.

a odpouštějící člověk se podle A. Opatrného nejvíce podobá Bohu.⁴³⁵ Jak je z výše uvedeného patrné, zdánlivě všední téma rodiny tak umožňuje v rozhovoru i s tzv. „alternativně“ věřícími dotknout se hlubiny, do níž vstupujeme vždy, když překračujeme sami sebe a kterou můžeme nazvat Bůh.⁴³⁶

8.1.2 Nejen prací živ je člověk

Druhým z „tradičních“ témat, které často zmiňovali nejen tzv. „alternativně“ věřící respondenti, ale i „tradičně“ věřící, bylo téma práce. Práce má bezpochyby důležité místo v životě člověka, neboť mu přináší nejen materiální prospěch a umožňuje tak důstojnou existenci, ale prací člověk získává svůj osobní status, práce jej začleňuje do sociálních vazeb, poskytuje mu pocit seberealizace a společenské užitečnosti a uspokojuje jeho potřeby ctižádosti, sebeuplatnění a sebeúcty. Práce rovněž utváří strukturu jednotlivých dnů a dává řád a smysl našemu životu a umožňuje člověku podílet se na úkolech, které ho přesahují.⁴³⁷ Dočasné omezení či trvalá ztráta zaměstnání v důsledku závažného onemocnění proto znamená citelný zásah do dosavadního běhu života nemocného. Kromě omezení či přerušení společenských kontaktů může být neschopnost vykonávat práci příčinou tíživé finanční situace rodiny, a to zejména tehdy, pokud byl nemocný jejím hlavním živitelem. K tomuto tématu se však respondenti překvapivě nevyjadřovali a obavy ze ztráty zaměstnání a s tím spojené důsledky nezmiňovali. V rozhovorech se tématu práce věnovali z jiného hlediska, a sice z hlediska změny priorit v souvislosti s nemocí, kdy pro řadu respondentů přestala po onemocnění práce zaujímat jedno z předních míst v jejich žebříčku hodnot.

Jak respondenti shodně uváděli, v době před onemocněním byla pro řadu z nich práce prioritou, někteří respondenti se sami označili za workoholiky, a teprve nemoc je podle jejich vyjádření naučila říkat „ne“, naučila je vážit si své práce a zejména svého času. Výstižně to vyjádřila např. paní Milada (66 let): *„(...) já jsem takovej workoholik, tak je pravda, že ta nemoc..., říká se, že každá nemoc je dopis shůry, a nebo zdviženej prst osudu, takže já jsem to takhle uchopila a řekla jsem..., naučila mě říkat ‚ne‘. Já jsem v práci vždycky, když někdo měl výmluvy, říkala, ‚hele, viš co? Kdo chce, hledá způsoby, kdo nechce, hledá důvody, takže musíme najít způsob, jak bychom to dokázali‘.*

⁴³⁵ Srov. OPATRNÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*, s. 76–77.

⁴³⁶ Srov. HALÍK, T. *Chci, abys byl*, s. 135.

⁴³⁷ Srov. BUCHTOVÁ, B. a kol. *Nezaměstnanost: Psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002, s. 75.

Měla jsem pocit, že nikomu nemůžu říct ,ne‘, protože když mu řeknu ,ne‘, tak už mi příště neřekne. Takže když jsem pak ležela v nemocnici, tak jsem si řekla, že se na to můžu vykašlat. Naučila jsem se říkat ,ne‘ a naučila jsem se sama víc vážit své práce, víc si vážit sama sebe, svého volného času.“ Také paní Vendulu (48 let) nemoc přiměla k tomu, aby se v každodenním shonu zastavila: „(...) *kdyby ta nemoc nebyla, tak jsem do dneška byla workoholik (...)*“, podobně jako paní Jindřišku (68 let): „*Z materiálního se to změnilo. Předtím byl člověk workoholik a potom přibrzdil....*“ Pana Adama (58 let) dovedlo jeho pracovní nasazení až do ordinace psychiatra: „*Před tím jsem si to víc bral, že teď to musím udělat, teď musím víc dělat a tak, a potom když jsem onemocněl, tak jsem si říkal, ,vždyť ono se to nezblázní‘. Já jsem vlastně, ještě když propukla ta nemoc, tak jsme dělali dost velkou akci a muselo to být na termín a tam jsem potom skončil až na psyndě, protože jsem byl úplně vyčerpanej, totální vyčerpání, a potom (...) jsem si říkal, ,tak to nebude dneska, co se stane...“*. Podobně paní Gabrielu (43 let) nemoc v souvislosti s její prací naučila nenechat se vtahovat do problémů svých zákazníků na úkor vlastní duševní rovnováhy: „*Nemoc byla šance začít jinak přemýšlet. Já jsem dřív byla takovej puntičkář, syn poslouchal na slovo, a aby lidi chodili včas..., mě hrozně nervovalo. (...) A hrozně jsem si na sebe vztahovala problémy druhých, strašně jsem si to nosila v sobě. Teď se snažím si říct, ,do prčic, je to jejich život, oni si ho musí nějak žít a nějak změnit‘. (...) Tak to mi ta nemoc dala....“*

Jak výpovědi respondentů ukazují, práce může nejen uspokojovat potřebu seberealizace či hmotného zajištění, ale může představovat i závažný problém, který si dotyčný člověk uvědomí zpravidla až v okamžiku, kdy se dostaví nějaká forma krize. Vedle osobních dispozic dnes postoj k pracovnímu výkonu podstatnou měrou ovlivňuje i společenské klima a firemní kultura. V některých zemích jako např. v Japonsku či v USA se stal tlak na extrémní výkon normou. I v České republice již můžeme hovořit o „*kultuře přepracovanosti*“. Zejména v některých profesích je vyčerpání známkou úspěšnosti, čeští ministři se rádi chlubí svými dvanácti- či šestnáctihodinovými pracovními dny. Workoholismus však patří mezi závislosti s negativními důsledky jako je např. vyšší riziko nejrůznějších onemocnění, závislost na návykových látkách, syndrom vyhoření či narušení rodinných vztahů.

V případě výše uvedených respondentů to bylo až závažné onemocnění, které jim umožnilo zpětně se podívat na svůj dosavadní způsob života a usilovat o změnu. Paní Jarmila (45 let) v souvislosti se svým zaměstnáním uvedla: „*Přehodnotila jsem takový to honění se za těma penězma nebo takovej ten materialismus. Tohle bych řekla, že jsem*

hodně přehodnotila. Ta nemoc vás posune někam jinam a přehodnotíte hodnoty v tom životě“. Podobně se vyjádřila i paní Milada (66 let): „(...) lidi mají pocit, že ty peníze, který vydělají někdy za velmi těžkých podmínek, jim přivedou do života štěstí. Ale ono jim to paradoxně přinese mnohem větší zátěž, protože mají pocit, že teda musí ještě víc pracovat a ztratí se v těch materiálních hodnotách. Takže já se snažím trávit co nejvíc společných aktivit spolu s manželem, protože, myslím si, že to je obrovská hodnota.“

Rozdílu mezi „mít“ a „být“, kterého se paní Milada v rozhovoru dotkla, se v souvislosti s konzumním chováním, hédonismem či nepřiměřeným úsilím o bohatství věnuje např. papež Jan Pavel II. v sociálních encyklikách *Centesimus annus* a *Sollicitudo rei socialis*. V encyklice *Centesimus annus* uvádí, že požadavek lepšího, bohatšího, kvalitativně hodnotnějšího života není nelegitimní, špatný je však životní styl, který se projevuje přetrvávajícím zaměřením na vlastnění a ne na bytí. „Člověk chce mít více ne proto, aby více byl, nýbrž proto, aby samolibě konzumoval život. Proto je nutné usilovat o rozvoj takových životních způsobů, v nichž by určujícími prvky při rozhodování o spotřebě, šetření a investicích bylo hledání pravdy, krásy, dobra a spojení s ostatními v zájmu společného růstu“.⁴³⁸ Jak papež dále uvádí, „při objevování nových potřeb a nových možností a jejich uspokojování je třeba se nechat vést obrazem člověka, který respektuje všechny dimenze svého bytí a staví vnitřní a duchovní stránky nad hmotné a pudové“.⁴³⁹ Rovněž v encyklice *Sollicitudo rei socialis* je zdůrazněno, že pouhé hromadění statků a služeb k lidskému štěstí nestačí. Nadměrný rozvoj spočívající v přemíře hmotných statků snadno lidi mění v otroky vlastnění a požívačnosti, brání jim v pohledu za horizont materiálního a vede nakonec k hluboké nespokojenosti. Zlo nespočívá ve vlastnictví jako takovém, ale ve vlastnictví, které opomíjí správnou stupnici hodnot – totiž že samotné statky i zacházení s nimi jsou podřízeny „bytí“ člověka a jeho pravému poslání.⁴⁴⁰ II. vatikánský koncil formuloval rozdíl mezi „mít“ a „být“ v pastorální konstituci o církvi v dnešním světě *Gaudium et spes*, v níž se uvádí, že lidská činnost, vycházející z člověka a k člověku směřující, přispívá ke změně světa, společnosti i ke zdokonalení člověka samého tím, že rozvíjí své schopnosti a překračuje sám sebe. Takovýto rozvoj je důležitější než vnější bohatství. Člověk má větší cenu pro to, co je, než pro to, co má. Podobně všechno, co lidé dělají pro dosažení spravedlnosti, širšího bratrství a lidštějšího uspořádání společenských vztahů, je cennější než

⁴³⁸ CA 36.

⁴³⁹ Tamtéž.

⁴⁴⁰ Srov. SRS 28.

technický pokrok. Vlastnění hmotných statků může zdokonalit člověka jen tehdy, přispívá-li k dozrání a obohacení jeho „bytí“ a umožňuje-li mu uskutečnit jeho lidské poslání.⁴⁴¹

Jak je z výše uvedeného patrné, nabízí nejen téma rodiny, ale i téma práce prostor pro uvědomění si důležitosti toho, co člověk ve svém životě staví na první místo, jaké má představy o hodnotách a o smyslu života. Téma práce je rovněž úzce spojeno s tématem času. Podle F. Assländera a A. Grüna „čas patří k nejzásadnějším tématům ve světě práce. Bez vědomí rozměru času bychom nemohli plánovat, hospodařit, ani utvářet kulturu jako takovou. Mnozí přesto neprožívají čas jako rozumně rozvrženou dobu, pozhnaně naplněnou prací k zajišťování věci životní potřeby a nezakoušejí jej ani jakožto čas k životu. Spíše naopak pociťují nouzi o čas, časovou tíseň či chvat a stres.“⁴⁴² V tomto smyslu se v rozhovorech vyjadřovali i respondenti, kteří pociťovali stále větší vytíženost, nutnost řešit stále více úkolů spojených s pocitem zodpovědnosti a teprve závažné onemocnění je dovedlo k zastavení a k zamyšlení se nad tím, co je v jejich životě podstatné, a následně k uskutečnění potřebných změn.

Podobně jako téma rodiny tak obsahuje i téma práce řadu dalších dílčích otázek, které může klinická pastorační péče otevírat a tematizovat, jako např. otázku přílišného aktivismu coby úhybné techniky, díky níž se člověk snaží vyhnout kontaktu se sebou samým a svým nitrem, ať již jde o vlastní emoce nebo obecně o ochotu připustit si „něco k tělu“. V pozadí může stát obava ze ztráty kontroly, která vede k tomu, že člověk raději zůstává na povrchu věcí,⁴⁴³ či problematiku tzv. „work-life-balance“ – vyváženého vztahu mezi prací a ostatními oblastmi života, který je narušen jednostranným zaměřením na oblast práce, na úspěch a uznání, avšak vede k deficitu prožívání na duševní a duchovní úrovni, takže „čím lépe fungujeme, tím více přicházíme o schopnost skutečně žít“,⁴⁴⁴ případně otázku časového deficitu coby deficitu ve vlastním životě – „skutečně svůj život prožívám nebo pouze funguji?“⁴⁴⁵ či důležitosti nalezení cesty k sobě samému a poznání vlastních hranic, neboť „jaký prospěch má člověk, který získá celý svět, ale sám sebe ztratí nebo zmaří?“ (L 9,25).

Všechna tato (a další) témata otvírají prostor pro klinickou pastorační péči, neboť mohou být implicitně přítomna ve zdánlivě běžném rozhovoru o zaměstnání, jeho

⁴⁴¹ Srov. GS 35.

⁴⁴² ASSLÄNDER, F., GRÜN, A. *Time management jako duchovní úkol*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010, s. 25.

⁴⁴³ Srov. tamtéž, s. 102.

⁴⁴⁴ Tamtéž, s. 103.

⁴⁴⁵ Tamtéž, s. 16.

významu v životě nemocného, o jeho pracovním nasazení a s ním souvisejícím nedostatkem času, a mohou vést „alternativně“ věřící pacienty k zamyšlení nad dosavadním životem, skutečnými motivy jejich workoholismu a rozdílem mezi „mít“ a „být“, jak o tom někteří z respondentů sami hovořili. Klinická pastorační péče může pomoci reflektovat změnu postoje nemocného k jeho dosavadním prioritám v souvislosti s jeho onemocněním a nabídnout možnosti, jak se zastavit v každodenním shonu a vystavit se vlastním obavám, nejistotám či strachu např. v modlitbě.

8.1.3 Vnímání člověka v jeho celistvosti

Zatímco dvě předešlá témata lze označit za témata tradiční či obvyklá, která ve svých rozhovorech zmiňovali jako důležitá jak tzv. „alternativně“ věřící, tak i tzv. „tradičně“ věřící respondenti, téma holistického přístupu k člověku bylo tématem, kterému se věnovali výlučně respondenti ze skupiny tzv. „alternativně“ věřících. V souvislosti s léčbou svého onemocnění zdůrazňovali důležitost propojení tělesné a duševní, případně duchovní složky člověka. Paní Vendula (48 let) např. uvedla: *„Já si myslím, že hodně lidí, alespoň teď to kolem sebe hodně vidím, začínají chápat, že nejde oddělit tělo od duchovna. Můžeme tomu říkat jakkoliv, ale to je stejný, jako kdybyste chtěla spravovat auto a zajímala se jenom o ten motor (...). Určitě hodně lidí teď chápe, že potlačit duchovno a duši a neposlouchat a nepřemejšlet trošku dál, než za ten svůj talíř, tak to je špatně, no...“*. Také paní Dana (43 let) vyjádřila podobný názor: *„No já mám zkušenost..., já jsem se začala léčit právě kvůli tý psychice. Ještě než se něco projevilo na mém těle, tak já jsem začala tímhle. A myslím si, že to tak léčitelé..., tak samozřejmě záleží kdo, ale léčitel, kterej pro mě je v pořádku, tak musí pracovat s tou psychikou, protože nejdřív v těch energiích něco změní, a pak až se to promítne do těla. Myslím si, že to tak je. A kdyby léčitel pracoval jenom s tělem, tak..., jako je možný, že na tom pracuje, aniž by to sdělil. Ne každěj člověk je tomu otevřenej, tak si myslím, že někdy účel světlí prostředky, ale myslím si, že to musí jít zároveň, aby to mělo tu váhu.“* Rovněž podle paní Gabriely (43 let) se činnost léčitelů vztahuje k člověku v rovině tělesné, duševní i duchovní: *„Zahrnuje tohle všechno, týká se člověka celýho“*.

O. Nešporová se v jednom ze svých kvalitativních výzkumů věnovala českolipské spirituální scéně, a ačkoli se jedná jen o úzký vzorek respondentů, její šetření potvrzují výše uvedené výpovědi „alternativně“ věřících respondentů. Ve svém příspěvku, shrnujícím výsledky tohoto výzkumu, Nešporová uvádí mimo jiné přepis rozhovoru se

specialistou na poradenství, sebepoznání, rozvoj osobnosti a psychoterapii: „Já nevnímám ducha od těla odděleně. Protože pro mě je to jeden společný systém a tělo je pro mě stejně duchovní jako cokoli jiného. Takže já se to snažím propojovat i ... do těch jejich praktických věcí. [Klienti] mají problémy s penězi, ve vztazích, ve firmách. Takže to jsou systémy a ta spiritualita, tu tam dává člověk, to je to, to je ta nadhodnota, kterou tam dávám navíc.“⁴⁴⁶ Podle zjištění O. Nešporové „holistické propojení duchovního a tělesného provází většinu českolipské spirituální scény“⁴⁴⁷ a zájem o holistický přístup zejména v období závažné nemoci, který deklarovali výše uvedení respondenti, tedy není ničím výjimečným.

Celostní nebo také holistický přístup, který respondenti zmiňovali, má základ ve filosofickém směru holismu (z řeckého *holos*, celek), který byl vytvořen v biologii počátkem 20. století biologem J. S. Haldanem a J. C. Smutsem. Ti zdůrazňovali, že „organismus jako celek je něčím víc, než jen součtem jeho jednotlivých částí. Při seskupování částí do vyššího celku se podle této koncepce vždy vynoří vlastnost nová, dojde k její ‚emergenci‘“⁴⁴⁸. Dnes je holismus podle MUDr. J. Heřta překonán, neboť se zjistilo, „že i vyšší biologické struktury a funkce lze plně vysvětlit redukcionisticky pomocí chemie a fyziky.“⁴⁴⁹ Termín holismus je tak používán především v oblasti léčitelství a „alternativní“ medicíny, kde je jím míněno např. to, že „léčit se nemají jednotlivé orgány nebo buňky, ale má se působit přes centrální duchovní sílu, která ovládá člověka a má i hojivé účinky. Takovou silou, léčící i orgánové choroby, je dynamis, prána, čchi, mana, orgonská energie, ód, dnes kosmická energie, vitální síla, psychika nebo ‚imunitní mechanismy‘“.⁴⁵⁰ Za krajní pak lze považovat názor, že „žádné nemoci neexistují, vše jsou jen představy, které lze léčit změnou psychiky, postojem k nemoci“.⁴⁵¹ Nejběžnější je však obvyklý přístup léčitelů, kteří deklarují, že neléčí nemoc, ale „celého člověka“, jeho tělo i duši, ale také všechny jeho orgány a dokonce i všechny jeho nemoci, proto používají termín celostní léčba či terapie.⁴⁵² MUDr. Heřt v této souvislosti upozorňuje na problematičnost tvrzení, které se v souvislosti s celostní léčbou často objevuje, a sice že celostní léčba je výsadou „alternativní“ medicíny, zatímco vědecká medicína je redukcionistická: „Každý, kdo byl s nějakou netypickou

⁴⁴⁶ NEŠPOROVÁ, O. Českolipská necírkevní spirituální scéna, s. 154.

⁴⁴⁷ Tamtéž, s. 155.

⁴⁴⁸ HEŘT, J. *Alternativní medicína a léčitelství*, s. 212–213.

⁴⁴⁹ Tamtéž, s. 213.

⁴⁵⁰ Tamtéž.

⁴⁵¹ Tamtéž.

⁴⁵² Srov. tamtéž.

nebo nejasnou chorobou vyšetřován v nemocnici dnešní medicínou, ví dobře, jakým martyriem musel projít, kolik odborníků musel navštívit a kolik procedur absolvoval (...), než se dospělo syntézou poznatků ke konečné diagnóze (...). Ano, asi to není ‚celostní terapie‘, je to ovšem léčba komplexní.“⁴⁵³

J. Heřt ve svém vyjádření postihl jádro problému. Klasická medicína zajistí pacientům komplexní vyšetření, avšak na pacientově léčbě participuje řada odborníků, z nichž každý se specializuje na jinou oblast těla a pacient je tak často odeslán z oddělení na oddělení, v čekárnách tráví mnoho hodin, aniž by znal výsledky vyšetření a měl informace o svém onemocnění. Navíc i přes nesporné úspěchy v léčbě se ne všechny nemoci daří vyléčit, případně se objevují nové, hovoří se o dehumanizaci medicíny, kdy na pacienty je stále méně času, dostávají méně informací a mohou mít pocit, že jsou manipulováni, že jsou pouhými objekty lékařské péče, jak již bylo zmíněno výše. Přání nemocného, aby léčení bylo efektivní, krátké, bez vedlejších účinků léků a co nejméně nepříjemné, je ideálem.⁴⁵⁴ Naproti tomu léčitel, či lékař používající některou z metod „alternativní“ medicíny má hned několik výhod: „neobvyklost celého postupu léčení nebo diagnostikování (...). Očekávají se mimořádné schopnosti a znalosti, které se při běžném studiu naučit nedají: ‚Léčitel má určitý dar.‘ Různé pomůcky, jako třeba krystaly, kyvadélka, proutky, patřičné prostředí, ve kterém se léčení odehrává, mají také nezanedbatelnou roli.“⁴⁵⁵ Podle respondentů je však – vedle „výjimečných schopností“ léčitelů – nejdůležitější právě jejich celostní přístup ke klientům.

Ačkoli tzv. „alternativně“ věřící respondenti v rozhovorech na jedné straně argumentovali škodlivostí léků, či terapií, díky nimž se jim do těla dostávají „jedy“, měli nejrůznější výhrady vůči klasické medicíně, na druhé straně se – až na malé výjimky – většina z nich vedle „alternativy“ léčila současně i za pomoci této klasické, vědecké medicíny. Jen několik respondentů se od klasické medicíny zcela odklonilo. To, co však respondenti oceňovali na léčitelích, byl kromě důvěry v jejich mimořádné schopnosti právě onen celostní přístup, zabývání se problémy ve všech rovinách, zkoumání „vnitřního nastavení“ pacienta, ale také umění naslouchat, zájem, osobní přístup, tedy vše to, na co v nemocnicích obvykle zbývá jen málo času. V souvislosti s celostním přístupem tak paní Karolína (67 let) hovořila o „*harmonizaci těla s duší*“,

⁴⁵³ Tamtéž, s. 214.

⁴⁵⁴ Srov. POLIVKA, J., DOLISTA, J., DŘÍMAL, L. *Povídání o manželství*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999, s. 49–50.

⁴⁵⁵ Tamtéž, s. 53.

pan Jakub (37 let) o tom, že si díky „*alternativním věcem vyléčil nemocnou duši*“. Paní Gabriela (43 let) podle svých slov „*čas od času zajde za někým, kdo ji hlavně nabije*“ a říká: „*Psychika je pro mě důležitá, dává mi to sílu jít dál....*“ Paní Vendula (48 let) oceňuje celostní přístup u jednoho lékaře, který se celostní medicíně věnuje: „*Já si dokonce myslím, že tohle by mělo být i součástí toho, co dělá doktor H., ta celostní medicína vlastně s tímhle operuje, nebo pracuje. (...) Mám pár referencí, přesně tohle dělá, on se vyptává přesně na toho ducha, na to, jak ten člověk je nastavenej*“. Paní Milada (66 let) to vnímá takto: „*Já si myslím, že celej vstup pro léčitelství je to naslouchání. Že tam jde o to duchovno, který vy otevřete. Vy otevřete, že vás něco trápí a ten léčitel si vás nasměruje (...)*“.

Celostní přístup však pro respondenty znamenal i zaměření se na různé oblasti života, které v souvislosti se svou nemocí díky „alternativnímu“ přístupu změnili či nově objevili – nejčastěji se jednalo o oblast stravování, ale také o osobní rozvoj, či různá cvičení propojující tělesnou a duchovní stránku. To koresponduje s tím, co uvádí např. T. Halík a čím se zabývá i psychosomatická medicína: „Moderní psychologie upomíná na staré poznání, že do tělesných příznaků se promítá, či jakoby ‚převléká‘ často utrpení jiného řádu – neuspokojení v práci, v rodině, v lásce, ztráta životního smyslu“.⁴⁵⁶ Potvrzují to i výpovědi respondentek: „*Najednou jsem zjistila, že jsem vůči té nemoci pokorná, že jí děkuju, protože mně ta nemoc pomohla najít sama sebe, najít svůj životní styl, v dnešní době musím říct i najít úžasnýho partnera, a kdyby ta nemoc nebyla, tak jsem do dneška byla workoholik, v nešťastným vztahu, jedla jsem vlastně to, co mi nechutnalo, ale protože to jí celá společnost, tak jsem to jedla..., a celá ta nemoc pro mě byla jako dopis*“ (paní Vendula, 48 let). Také paní Dana (43 let) uvedla, že změnila pohled na život: „*kdy jsem si uvědomila, že vlastně věci, který nemám zpracovaný nějakým způsobem..., věci, který mě trápí..., jak mě ovlivňujou v tom každodenním životě a že se to vlastně přenáší na děti.*“ Jak T. Halík dále uvádí: „Přírodovědecký materialismus (...) je v medicíně již překonán. Soudobé léčení vyžaduje ‚psychosomatický přístup‘ – znovu se prosazuje vědomí hlubokých souvislostí mezi tělesnou a duševní stránkou člověka. Pro pochopení nemoci a pro proces uzdravování je důležité brát v úvahu celého člověka, nejen jeho tělo, ale i jeho potřeby duševní a duchovní, jeho mravní život a jeho vztahy k okolí, zejména k druhým lidem.“⁴⁵⁷ Podle paliatra G. D. Borasia se v případě celostního vnímání pacientů ze

⁴⁵⁶ HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*, s. 35.

⁴⁵⁷ Tamtéž, s. 35–36.

strany lékařů jedná o návrat ke kořenům medicíny, v níž byly léčebný a spirituální aspekt neoddelitelně spjaty, jak tomu bylo např. u šamanů či medicinmanů.⁴⁵⁸ Ostatně i Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „plné tělesné, duševní, duchovní a sociální blaho člověka“⁴⁵⁹ a řada lékařů dnes zdůrazňuje potřebu psychosomatického přístupu k nemoci a léčbě, neboť si uvědomuje propojení mezi tělesnou a duševní stránkou člověka a potřebu brát při posuzování zdraví a nemoci v úvahu vedle faktorů biologických i faktory psychologické a psychosociální.⁴⁶⁰

Téma celostního vnímání člověka se tak dnes opět stává tématem v moderní medicíně, je však tématem i pro křesťanskou pastorační péči, ačkoli zde samozřejmě nelze hovořit o stejném pojetí jako v případě celostní léčby či terapie léčitelů. Vedle témat jako je rodina či práce může být i celostní přístup pro klinickou pastorační péči „styčným bodem“ v komunikaci s tzv. „alternativně“ věřícími pacienty, neboť také křesťanství hájí celostní pohled na člověka jako jednoty těla, duše a ducha, sdílí definici zdraví jako dobra tělesného, duševního, společenského i duchovního „a tento pohled ještě prohlubuje o mravní život člověka, jeho životní styl, vztah k druhým lidem, k závažným hodnotám života a konečně i k Bohu jako prvnímu a poslednímu zdroji života“,⁴⁶¹ neboť všechny tyto stránky spoluutvářejí zdraví člověka. Ačkoli, jak uvádí D. Duka, „dřívější pastorační a katechetická praxe kladla důraz především na spirituální rozměr člověka, zatímco jeho tělesnost odsouvala do pozadí jako něco nepatřičného a vesměs hříšného (...)“,⁴⁶² v praxi a myšlení současné církve není péče o duši oddělena od péče o tělesnou a rovněž i o sociální stránku života. Příkladem je právě klinická pastorační péče a její zaměření na „celého“ člověka nejen s jeho spirituálními potřebami, ale i s jeho všedními, obecně lidskými problémy.

Otázka komplexního přístupu k lidské osobě, významu spirituálních, náboženských, mravních hodnot, vztahu k druhým lidem jako ozdravných mechanismů, otázka možných skrytých motivů nemoci na různých rovinách, to vše může být předmětem reflexe klinické pastorační péče, která může být v těchto otázkách tzv. „alternativně“ věřícím pacientům partnerem v rozhovoru a může pouhou lidskou blízkostí

⁴⁵⁸ Srov. BORASIO, G. D. *Über das Sterben*, s. 92–93.

⁴⁵⁹ WHO. *Review of the Constitution of the World Health Organization: Report of the Executive Board special group*, 22. January 1998.

⁴⁶⁰ Srov. např. HONZÁK, R. *Všichni žijem' v blázninci: Současnost očima psychiatra*. Rozhovor s Renatou Červenkovou. Praha: Vyšehrad, 2018, 210 s.

⁴⁶¹ HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*, s. 9.

⁴⁶² DUKA, D. *Zápas o člověka: Nástin biblické antropologie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007, s. 19.

a přítomností nemocničních kaplanů pomoci vytvořit prostor pro uvolnění výše uvedených ozdravných sil v rovině tělesné, duševní i duchovní.⁴⁶³

8.1.4 Křesťanství jako zkušenost z dětství

Ačkoli tzv. „alternativně“ věřící respondenti deklarovali svůj nezájem o křesťanství a svůj negativní vztah k církvím, zejména církvi římskokatolické, z rozhovorů s nimi vyplynulo, že řada z nich má religiózní zkušenosti ze svého dětství a že z deseti respondentů jich osm bylo pokřtěno a pouze dva byli podle svých slov nepokřtěni. Paní Karolína (67 let) např. uvedla, že s rodiči jako dítě navštěvovala kostel: *„Chodili jsme do kostela, pokud nebyl zavřenej. Chodili jsme na svátky, výročí..., pravidelně na Boží tělo, na Vánoce na jesličky, ale holt, pak už to zavřeli všechno, takže už to nebylo možný.“* Tato respondentka rovněž uvedla, že se jako dítě doma denně modlila. Paní Jindřiška (68 let) chodila do kostela se svou matkou a ve škole ještě zažila výuku náboženství: *„Chodily jsme určitě na základce, možná ještě v tý sedmý třídě, pak už ne. (...) Do pátý třídy bylo i náboženství ve škole, obrázky jsme dostávali, a i se ptali, kdo chodí na náboženství a spíš to bylo do mínusu. Měli jsme nepovinný to náboženství a bylo to po škole. Farář s námi chodil ven a povídal takový ty příběhy.“* Také paní Vendula (48 let), která není pokřtěná, uvedla svou vzpomínku z dětství: *„(...) pamatuju si z dětství, že se mi hrozně líbilo, že jsme chodily s babičkou do kapličky vyměňovat kytky a taky jsem tam pobíhala s těma zvonečkama a takovýhle věci. Ale to je takovýto hodně raný dětství, než jsme se odstěhovali. Ale k víře mě nikdo nevedl a k tý své víře jsem si přišla až v dospělým věku.“* Rovněž pan Daniel (60 let) uvedl, že byl jako dítě několikrát v kostele s babičkou. V případě paní Gabriely (43 let) hrála v dětství důležitou roli při návštěvě kostela její teta: *„Chodila jsem s tetou, a párkrát jenom, a asi se mi to moc zalíbilo, protože naši se úplně vyděsili a zatrhli to tetě. To jsem byla hodně malá. Teta byla hodně pobožná, takže když jsem u ní byla, tak jsme chodily vždycky do kostela.“*

Paní Milada (66 let) měla ve vzpomínkách návštěvu kostela spojenou s dobou Vánoc, kterou uváděli i další respondenti: *„Chodila jsem na Vánoce s holkama na půlnoční, ale to spíš bylo takový, že se to dělá, nebyla v tom víra....“* Podobně se vyjádřila např. i paní Ivana (47 let): *„S kamarádkama jsme se šly (...) občas podívat i na ty bohoslužby. (...) Nebo když byly Vánoce, na půlnoční jsme šly. To zase jako jo.“*

⁴⁶³ Srov. tamtéž.

Také pan Jakub (37 let) měl tuto zkušenost: „*Byl jsem povinován hlavně po revoluci chodit do kostela, ale nebavilo mě to tam. Chodili jsme na Vánoce, na Velikonoce, na takovýhle větší svátky (...)*“.

Jak je z výše uvedených výpovědí respondentů patrné, více či méně intenzivní zkušenost s návštěvou kostela či jinými religiózními praktikami měla v dětství většina z nich, přitom důležitou roli zde hráli především prarodiče případně další příbuzní, v menší míře rodiče či kamarádi. Nikdo z respondentů nevedl, že by zkušenost z dětství měla vliv na jeho pozdější inklinaci ke křesťanství, či dokonce na to stát se tradičním církevně věřícím. Pouze jedna respondentka (paní Karolína, 67 let) uvedla, že občas navštíví bohoslužby i nyní, Boha však nechápe jako osobu, nýbrž jako energii, a v její spiritualitě je zakomponována řada prvků, které jsou křesťanství cizí (víra v osud, léčivé energie, dotazování se karet apod.). O této respondentce proto nelze v žádném případě uvažovat jako o tzv. „tradičně“ věřící. Křesťanství je pro respondenty coby zkušenost z dětství ve většině případů záležitostí minulosti.

Určitou výjimkou může být paní Vendula (48 let), která se svým přítelem navštívila Izrael, a jak sama uvádí: „*(...) můj přítel není čistě věřící, ale zajímá ho teologie a vždycky říká, 'to je napsáno v tomhle evangeliu', tak si říkám..., já se cejtím hrozně hloupě, já neznám žádné evangelium. Takže teď jsem si řekla, že dodatečně.... Svatá zem vás ovlivní, ale spíš jsme si přivezli domů ještě spoustu otázek....*“ Ani v případě této respondentky však nelze, alespoň prozatím, hovořit o hlubším zájmu o křesťanství, ačkoli se, jak sama uvádí, „*až teď v dospělosti o všechno zajímá*“, neboť její „alternativní“ spiritualita zahrnuje víru ve fungující léčivé energie, vesmír, homeopatii, tarotové karty, k nimž se bez dalšího mohou přiřadit i některé prvky z křesťanství, které se právě „budou hodit“. Výše uvedený výzkum *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných* sice ukázal, že ke stěžejním faktorům, které měly vliv na utváření „tradiční“ či „alternativní“ spirituality respondentů v průběhu jejich života patřily vedle *podoby rané náboženské socializace v dětství a závažného onemocnění* také *významné životní předěly*, je však otázkou, zda může být návštěva Izraele takovýmto životním předělem, který v budoucnu nasměruje „alternativní“ spiritualitu respondentky ke spiritualitě „tradiční“, křesťanské.

Obecně lze konstatovat to, co již bylo výše řečeno, a sice že i přes určité zkušenosti respondentů s religiózními praktikami v dětství nebyly rodiny, v nichž respondenti vyrůstali, spojeny s životem církevních institucí a nepředávali „tradiční“ víru další generaci. Občasná návštěva kostela – především o významných svátcích – proto

nemohla vytvořit dostatečný základ pro pozdější křesťanskou orientaci respondentů. Jak uvádí D. Hamplová, „občasný kontakt s církví a náboženstvím v dětství zvyšuje zájem o nadpřirozeno, ale není dostatečný na to, aby v lidech zakořenilo vědomí existence konkrétních náboženských skutečností“.⁴⁶⁴ Absence náboženské socializace v církvích a rodinách tak vytvořila prostor pro jiný typ spirituality než tzv. „tradiční“.

I přes výše uvedené však mohou být pro nemocniční kaplany, kteří v nemocnicích poskytují klinickou pastorační péči, tato rezidua náboženských vzpomínek u „alternativně“ věřících pacientů „opěrnými body, s nimiž lze pracovat“, jak uvádí A. Opatrný.⁴⁶⁵ Opatrný zdůrazňuje, že právě v případě synkretické či eklektické spirituality je důležitý tento „náboženský základ“: „Pokud v paměti takového člověka figurují třeba i útržkovité vzpomínky na spirituálně hodnotné zkušenosti či poznatky z dětství a mládí, kdy se pohyboval v určitém náboženském systému, bývají jakýmsi opěrnými body, s nimiž lze pracovat. Takováto spiritualita se sice může jevit doprovázejícímu nebo jinému člověku jako nehodnotná až absurdní (...), měla by však být co nejlépe využita k tomu, aby spojení těchto elementů dávného spirituálního základu s životními zkušenostmi a zráním nemocného přeneslo v minulosti nabyté a zažité spirituální hodnoty ze sféry vzpomínek do současnosti, a aby se tak zvýšila kvalita života nemocného tím, že se jeho spirituální oblast stane živější, pravdivější a více související s jeho aktuálním stavem.“⁴⁶⁶ Ačkoli se tedy u výše uvedených respondentů jedná spíše o vzpomínky, které patří minulosti a mají různou kvalitu, mohou být ve vhodném okamžiku výchozím bodem pro klinickou pastorační péči poskytovanou nemocničními kaplany. A. Opatrný v této souvislosti rovněž upozorňuje na skutečnost, že ať již hodnotíme „víru“ pacienta jakkoli, jde vždy o „jeho osobní přesvědčení a obraz jeho vnitřního světa, který si primárně zaslouhuje úctu a snahu po porozumění, což nemusí být totéž co souhlas.“⁴⁶⁷ Proto je důležité doprovázet i „alternativně“ věřící pacienty vždy s úctou, respektem k jejich víře, trpělivě, bez rychlých úsudků a odsudků.

8.1.5 „Alternativní spiritualita“ a byznys se zdravím

Posledním z témat, kterému se tzv. „alternativně“ věřící respondenti ve svých rozhovorech často věnovali, bylo téma léčitelů a šarlatánů. Jak výzkum ukázal, řada

⁴⁶⁴ HAMPLOVÁ, D. Čemu Češi věří: Dimenze soudobé české religiozity, s. 715.

⁴⁶⁵ OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 58.

⁴⁶⁶ Tamtéž.

⁴⁶⁷ Tamtéž, s. 59.

respondentů měla buď osobní negativní zkušenost s „lčitelem/li“, nebo o poškození pacienta „lčitelem“ věděla zprostředkovaně. Z tohoto důvodu respondenti důsledně rozlišovali mezi lčiteli a šarlatány, přičemž posledně jmenovaní jsou podle názoru respondentů podvodníci, kteří nejen že nedisponují žádnými lčitelskými schopnosti, ale z těžké životní situace druhých si udělali byznys. Svou negativní zkušenost zminila např. paní Ivana (47 let): *„Mě to odradilo od těchhle šarlatánů. Protože vím, že existují slušní lčitelé, který pomáhaj, a pak existují šarlatáni. Ale bála jsem se jít k dalšímu, protože jsem si říkala, ‚všichni ze mě jen tahaj peníze a mně už nepomůže ani svěcená voda‘“*. Paní Gabriela (43 let) měla negativní zkušenost zprostředkovaně: *„Měla jsem pár zákaznic, který na tohle umřely. Měly šanci na přežití, ale protože jim lčitel řekl, ‚já vás vylčím, ale vy nebudete chodit na chemoterapii...‘, no a vylčil je tak, že 40 dní hladověly a pak umřely“*. Na základě této zkušenosti uvedla: *„Mně přišlo, že jak jsem onemocněla..., do tý doby si toho člověk tak nevšimal..., že se v souvislosti s alternativní medicínou začaly vynořovat hodně negativní zkušenosti lidí, v médiích, nevím, jak je to možný, a v tom mě to asi ovlivnilo blbě, že na tom vydělávaj šílený prachy. Takže беру to i tak, že je spousta šarlatánů, který na tom vydělávaj, ale je spousta těch, co umí pomoct, to určitě.“* Před šarlatány varoval také pan Daniel (60 let): *„Ale je třeba dát pozor na šarlatány, který z vás jenom tahaj peníze, ale nepomůžou, a spíš se asi řídit podle doporučení známých nebo někoho, kdo k nějakýmu lčiteli chodí už delší dobu a má dobrý zkušenosti.“* Paní Milada (66 let) podle svých slov na lčitele zanevřela: *„Sama s nimi negativní zkušenost nemám, ale vím o případu lčitele ..., který zavinil smrt malé holčičky“*. Jak dále uvedla: *„U lčitele já tam cítím tu komerci.“* Zároveň se však tato respondentka neváhala svěřit do péče jedné pražské „kliniky“ nabízející *„lčbu uznávanou v Německu, u nás zatím ještě ne, kdy vám vezmou krev a moč a vytvořej vám z toho kapičky, který posilujou váš organismus“*.

Respondenti na základě svých zkušeností opakovaně zdůrazňovali nutnost vyhledávat „osvědčené“ lčitele, většinou na doporučení rodiny či přátel a známých, kteří s nimi mají dlouhodobě pozitivní zkušenosti, ať již se jedná o lčitele působící samostatně či v různých centrech, na „klinikách“ apod. Velké důvěře se u respondentů přirozeně těšili lékaři provozující zejména čínskou medicínu, homeopatii či akupunkturu. Paní Jarmila (45 let) např. uvedla: *„(...) a na doporučení ještě svojí švagrový jsem vyhledala tu tradiční čínskou medicínu. Jezdila jsem v Praze k doktorovi, kterej je klasickej lékař, praktikuje normálně, a k tomu ještě dělá čínskou medicínu. Asi k člověku, kterej nemá zdravotní vzdělání, bych úplně asi nešla“*. V průběhu rozhovoru

však tatáž respondentka zmínila, že „v Praze se setkávám s různými lidma a vybírám si setkání s lidma napříč spektrem, který se zabývají zajímavými věcmi, ať už je to netradiční medicína, cvičení Čchi-kung, což je zase východní cvičení, propojení těla a mysli“. Také paní Jindřiška (68 let) navštěvuje léčitele na doporučení: „(...) dám na něčí radu, doporučení a jdu k nějakému léčiteli (...)“. Podobně se vyjádřil i pan Jakub (37 let): „Já jsem se nasetkal vysloveně s podvodníkem, ale je to taky trošku nebezpečný tady tyhle věci. Chodím k nim na doporučení (...), ale samozřejmě..., jsou i falešní proroci“.

I přes varování před šarlatány výpovědi respondentů ukázaly, že ani negativní zkušenost s léčitelem, a to dokonce opakovaná, respondenty neodradila od návštěvy dalšího léčitele, zařízení poskytujícího léčitelské služby či lékaře provozujícího „alternativní“ medicínu. Velký zájem Čechů o „alternativní“ medicínu potvrzuje i internetový magazín a příloha Lidových novin Česká pozice: „Alternativní léčba a s tím související různé doplňky a preparáty jsou v České republice nedostatečně regulovanou oblastí, v níž laik nemá šanci se zorientovat. (...) Především nevléčitelně nemocní se jako k poslední naději upínají k nereálným slibům různých šarlatánů, včetně těch s titulem z lékařské fakulty. Za ‚léčení‘, jež nemůže mít žádné klinické účinky, vydávají Češi desetitisíce i statisíce korun. Někdy za svou důvěru platí i životem. (...) Jen na trhu doplňků stravy, jako jsou multivitaminy, se v Česku ročně protočí více než šest miliard korun. Kolik lidí vynaloží ať už u léčitelů, šarlatánů, či přímo v lékařských ordinacích, nikdo nespočítal. Celková částka se ale jistě bude rovněž pohybovat přinejmenším v řádu miliard korun. Na byznysu se totiž přiživují i knihkupci, výrobci ‚léčících‘ přístrojů a dalších pomůcek či pořadatelé přednášek a seminářů.“⁴⁶⁸

Z hlediska klinické pastorační péče jsou různé alternativní metody a postupy problematické, neboť – ať už je provozuje kdokoli – mohou bezpochyby poškodit pacienty jak ve fyzické, tak v psychické i duchovní oblasti, jak upozorňuje např. MUDr. J. Heřt. Ten uvádí kromě rizika přímého poškození pacienta riziko falešné diagnózy, finanční ztráty, zanedbání řádné léčby, nevhodné rady léčitelů, negativní ovlivnění lékaře, negativní ovlivnění pověsti vědecké medicíny či negativní ovlivnění vědeckého výzkumu (ověřování každé sebenesmyslnější metody finančně i časově náročnou

⁴⁶⁸ ČESKÁ POZICE. Češi vydávají miliardy za procedury, které je nevléčí. Dostupné na WWW: <http://ceskapozice.lidovky.cz/tema/cesi-vydavaji-miliardy-za-procedury-ktere-je-nevyleci.A151214_153300_pozice-tema_lube>.

klinickou studií).⁴⁶⁹ Heřt definuje léčitelství jako „činnost vykonávanou léčitelem, tedy osobou bez odpovídajícího medicínského vzdělání“, a alternativní medicínu jako „soubor metod, které vědecká medicína všeobecně nepoužívá, protože 1) principy metod AM odporují vědeckým poznatkům, 2) jejich účinnost nebyla prokázána standardním vědeckým postupem a 3) účinek má být zprostředkován duchovními nebo neznámými silami“.⁴⁷⁰ Heřt proto upozorňuje, že „alternativní“ medicína a její nejrůznější metody jsou péčí pochybnou, nekontrolovanou, legislativně neošetřenou, často pro pacienta rizikovou: „Léčitelů jsou dnes tisíce, léčit může každý, nikdo je prakticky neomezuje. Oproti lékařům, kterým není povolena osobní reklama, využívají léčitelé své svobody a beztrestnosti k agresivní falešné reklamě a propagaci své osoby i svých metod ve všech médiích, dnes především na internetu“.⁴⁷¹

Podobně se v souvislosti s možností poškození pacienta vyjadřuje i A. Opatrný: „(...) připraví-li léčitel nemocného o peníze, je to ještě ta nejmenší škoda. Horší je, když ho připoutá k sobě tak, že nemocný pohrdne léčbou lege artis. A nejhorší je, když je víra v osobu léčitele a jeho procedury tak velká, že ohrožuje, nahrazuje nebo likviduje náboženskou víru věřícího člověka (...), která byla do té doby oporou.“⁴⁷² Lékařka M. Opatrná zase negativně hodnotí působení lékařů v „alternativním“ byznysu se zdravím: „Lékaři, kteří sami nabízejí a provádějí alternativní metody, překračují řadu etických norem a doporučení (...). Poškození nebo ublížení zahrnuje i nemorálnost a lež. Svým pacientům škodí používáním nevědeckých metod, které nemají žádné prokazatelné terapeutické účinky a nemocným nepřinášejí žádný benefit.“⁴⁷³

Téma „alternativní“ medicíny a léčitelství je proto z hlediska klinické pastorační péče závažným tématem bez ohledu na to, zda tuto „léčbu“ poskytují léčitelé, šarlatáni či lékaři. I když důvodem k vyhledání nejrůznějších alternativních metod mohou být případy, kdy klasická medicína již není schopna řešit potíže pacientů, léčba je spojena s nepříjemnými doprovodnými jevy, případně kdy chce pacient získat kontrolu nad průběhem a způsobem své léčby a aktivně se na ní podílet,⁴⁷⁴ je třeba mít na zřeteli především rizika těchto alternativních metod a možnost poškození pacienta, jak bylo uvedeno výše. Nemocniční kaplani musí přirozeně respektovat svobodu pacienta v rozhodování, mohou však i „alternativně“ věřícímu pacientovi, se kterým jsou

⁴⁶⁹ HEŘT, J. *Alternativní medicína a léčitelství*, s. 214–215.

⁴⁷⁰ Tamtéž, s. 12–13.

⁴⁷¹ Tamtéž, s. 217.

⁴⁷² OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 133.

⁴⁷³ OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*, 2. přeprac. a doplň. vyd., s. 106.

⁴⁷⁴ Srov. KRÍŽOVÁ, E. a kol. *Alternativní medicína jako problém*, s. 19.

v kontaktu, doporučit, aby zvážil svá rozhodnutí týkající se „alternativní“ léčby, případně si promluvil s ošetřujícím lékařem dříve, než učiní rozhodnutí např. v souvislosti s ukončením či odmítnutím konvenční léčby ve prospěch léčby „alternativní“. Z hlediska klinické pastorační péče patří k základním rysům křesťanského přístupu k pacientovi i úcta k jeho důstojnosti a svobodě, kterou „léčitelé“, ale i lékaři provozující „alternativní“ medicínu svým amorálním přístupem ničí.

8.2 Komunikačně obtížné situace – klinická pastorační péče jako *martyria*

Klinická pastorační péče tedy může i ve vztahu k tzv. „alternativně“ věřícím pacientům rozvinout svou diakonickou dimenzi, jak ukázala výše uvedená témata, ať již se jedná o „uzdravení“ v oblasti tělesné, duševní a sociální, péči o psychosomatickou stránku, ale např. také smíření s nedokonalostí lidského bytí, využití náboženských vzpomínek a zkušeností z dětství k disponování na setkání s Bohem v duši člověka či hájení lidsky důstojného života proti zneužití obtížné životní situace pacientů „léčitelů“, současně by však i v setkání s „alternativně“ věřícími pacienty mělo být smyslem křesťanský motivované služby poznání Boha a spása celého člověka, „člověka ve své jednotě a úplnosti, s tělem i duší, srdcem i svědomím, myslí i vůlí“.⁴⁷⁵ Zejména v kontextu závažného onemocnění je proto důležité „hlásat evangelium všemu stvoření“ (Mk 16,15), „aby lidé na tomto světě nežili a neumírali bez Boha a nebyli vydáni napospas meznímu zoufalství“,⁴⁷⁶ neboť „skrze Krista a v Kristu se osvětluje záhada bolesti a smrti, která nás mimo jeho evangelium drtí“,⁴⁷⁷ a zprostředkovávat naději, že svět a člověk v něm není ponechán svému osudu, neboť Bůh „i když my jsme nevěrní, zůstává věrný, neboť nemůže zapřít sám sebe“ (2 Tm 2,13).

Spásu však nelze druhému vnucovat, a jak bylo uvedeno výše, klinická pastorační péče je primárně neevangelizační. Avšak i v komunikačně obtížných situacích, tam, kde pacienti neprojeví zájem o rozhovor, kde jsou jejich potřeby uspokojovány tzv. „alternativní“ spiritualitou, lze implicitně – již pouhým spolubytím v obtížné životní situaci, přítomností, účastí, ale i mlčením – být Božím svědkem, *martyrem*

⁴⁷⁵ GS 3.

⁴⁷⁶ LG 16.

⁴⁷⁷ GS 22.

a zprostředkovávat Boží blízkost, soucitnou Boží lásku a naději. K terapeutické funkci církve jako „polní nemocnice“ proto patří vedle aktivního léčení ran také setrvání v mlčení a především naslouchání, které, jak uvádí papež František, „nemá být jen postojem, usnadňujícím mezilidský kontakt, ale má být podstatným prvkem předávaného poselství. Vždyť i celou Biblii prochází neustále se opakující výzva: Slyš!“⁴⁷⁸ Nejde tedy jen o umění naslouchat, ale především ukazovat Boha, který umí a chce s láskou naslouchat, jak je patrné např. v žalmech. V nich je obsaženo to, co lidé prožívají, cítí a co ve svých nářcích, prosbách a přáních adresují Bohu. J. B. Metz hovoří v této souvislosti o „mystice protrpění se k Bohu“, s níž se v izraelské tradici modlitby setkáváme – v žalmech, žalozpěvech, v knize Jób i na řadě míst knih prorockých: „Řeč těchto modliteb je sama řečí utrpení, je to řeč krizí, řeč protivenství a radikálního ohrožení, řeč žalu a obžaloby, řeč výkřiku.“⁴⁷⁹ A Bůh naslouchá této řeči svého lidu. Obdobně má i církve nasloucháním druhému člověku pomáhat uzdravovat a obnovovat zraněné mezilidské vztahy, překonávat vzdálenost a nenávist a následně vstupovat s druhými do dialogu:⁴⁸⁰ „Tento postoj od nás odvrátí nebezpečí, že se jako církve zabarikádujeme sami v sobě a vystavíme kolem sebe zeď, přes kterou nedohlédneme na horizont. Odvrátí od nás nebezpečí autoreferenciality církve, která se odkazuje jen sama na sebe“,⁴⁸¹ uvádí papež František.

V klinické pastorační péči je ostatně za hlavní pracovní nástroj nemocničního kaplana označováno empatické naslouchání charakterizované výrazem doprovázení.⁴⁸² Toto empatické naslouchání znamená opustit pozici nezúčastněného pozorovatele, vyjít ze sebe a věnovat se druhému, snažit se porozumět mu, respektovat a vážit si ho. Papež František hovoří o *diakonii* doprovázení.⁴⁸³ Podobně jako Ježíš, u něhož je naslouchání a soucit základním postojem vůči každému, kdo trpí, který se na cestě do Emauz (L 24,13–35) připojí ke dvěma učedníkům, nejprve jim pouze naslouchá, mlčí s nimi, doprovází je na jejich cestě, bere vážně jejich situaci i obavy, a teprve poté jim vykládá Písmo a uvádí do souvislosti předchozí události s tím, „co se na něj ve všech částech Písma vztahovalo“ (srov. L 24,27).

V naslouchání je podle papeže Františka „cosi mučednického, cosi z umírání sobě samému, evokující posvátné gesto z knihy Exodus (Ex 3,5): „... zuj si opánky z nohou,

⁴⁷⁸ BERGOLIO, J. M. – FRANTIŠEK. *Opravdová moc je služba*. Praha: Paulínky, 2014, s. 61.

⁴⁷⁹ METZ, J. B. *Úvahy o politické teologii*. Praha: Oikymenh, 1994, s. 93.

⁴⁸⁰ Srov. BERGOLIO, J. M. – FRANTIŠEK. *Opravdová moc je služba*, s. 63.

⁴⁸¹ Tamtéž.

⁴⁸² Srov. OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*, s. 89.

⁴⁸³ Srov. BERGOLIO, J. M. – FRANTIŠEK. *Opravdová moc je služba*, s. 64–65.

neboť místo, na kterém stojíš, je půda svatá...“.⁴⁸⁴ Toto „umírání sobě samému“ je také charakteristikou výše uvedené služby, jejíž křesťanskost spočívá právě v této kenozí. Tak, jako Ježíš vydal sám sebe a stal se jedním z lidí (F 2,7), má se i církev vzdát své uzavřenosti a stát se „jedním z lidí“, aniž by přitom ztratila svou křesťanskou identitu spočívající v této sebevydanosti, jak již bylo uvedeno výše. Jde tedy nejen o to být milosrdný, ujímat se lidí, provázet je jako milosrdný Samaritán, který svého bližního omývá, očišťuje a pozvedá, ale také přijmout druhého v jeho utrpení, spolucítit, spolunést a spoluprožívat jeho utrpení, být schopný putovat s lidmi nocí, sestoupit do jejich temnot, do jejich tmy – a neztratit se.⁴⁸⁵ Identifikovat se s utrpením druhého člověka znamená stát se svědkem – *martyrem* soucítěním, spolutrpicím Boží lásky⁴⁸⁶ a vedle *diakonie* je proto kritériem pro praxi církve také *martyria*. Nemocniční kaplan poskytující klinickou pastorační péči může být takovýmto svědkem – *martyrem* Božím v několika rovinách.

8.2.1 Nemocniční kaplan jako *martyr* Boží kenozé

„Bůh je láska“, říká apoštol Jan (srov. 1 J 4,8), a právě sloužící a ze sebe vycházející láska je cestou k setkání s Bohem. Jak uvádí papež Benedikt XVI.: „Dějiny světa jsou zápasem mezi dvěma formami lásky: láskou k sobě samému – až ke zničení světa; a láskou pro druhého – až ke zřeknutí se sebe sama“.⁴⁸⁷ Je to právě Bůh, který si nás zamiloval jako první a neustále nás miluje jako první. Proto i my jsme schopni odpovídat láskou, která se projevuje ve službě potřebným (srov. 1 J 4,10–12). A právě láska k druhému člověku, která je schopna „vyjítí ze sebe vůči druhému a vůči jeho situaci“⁴⁸⁸ je jednou z rovin, na níž se nemocniční kaplan stává Božím *martyrem*. Toto vyjítí ze sebe napodobuje „vyjítí Otce ze sebe ve věčném úkonu plození Syna, vyjítí Boha ze sebe v úkonu stvoření, vyjítí Boha a jeho sklonění se k člověku v díle zjevení a zejména v díle vtělení. Opravdovost tohoto vyjítí ze sebe z lásky k druhému se nepřekonatelně projevuje v Kristově vyjítí ze sebe z lásky k Otci a k lidem v hodině jeho dobrovolně podstoupené smrti na kříži“.⁴⁸⁹ Reimon Panikkar neváhá hovořit

⁴⁸⁴ BERGOLIO, J. M. – FRANTIŠEK. *Opravdová moc je služba*, s. 65.

⁴⁸⁵ Srov. RADIOVATICA.cz. *Rozhovor s papežem Františkem*.

⁴⁸⁶ SS 38; 39.

⁴⁸⁷ BENEDIKT XVI., Peter SEEWALD. *Licht der Welt: Der Papst, die Kirche und die Zeichen der Zeit*, Freiburg im Breisgau: Herder, 2010, s. 79.

⁴⁸⁸ POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, s. 56.

⁴⁸⁹ Tamtéž.

o „kříži Trojice“: V Otci je apofatismus (*kenosis* neboli vyprázdnění) bytí skutečné a vše zahrnující (...); je dokonalým obětováním Boha (Otce), které se zjevilo a vyobrazilo v Ježíšově kříži a v jeho sebeobětování“.⁴⁹⁰

Kenoze je postojem pravé lásky, neboť znamená dání prostoru druhému, jeho „upřednostnění“ a vlastní „uměnění“ (srov. J 3,30). Lásky k druhému tak vyžaduje sebedarování a opakované sebezřeknutí se, znamená následování Ježíše v totální vydanosti (srov. např. Mt 1,17; L 10,37): „(...) Boží království přichází v lidské slabosti a bezmoci. Neděje se to ovšem jinak než za cenu lidského riskantního sebenasazení a sebevydání, jímž člověk reaguje na výzvu, kterou představuje Ježíšův příběh“.⁴⁹¹

Od nemocničního kaplana to vyžaduje osobní angažovanost a „vystoupení“ ze své profesní role. Profesní role zajišťuje respekt, umožňuje udržovat si odstup od druhých, což znemožňuje skutečné setkání s člověkem v situaci nouze. Je tudíž zapotřebí nejen odborné kompetence, ale i ochoty připodobnit se Kristovu „vyjití ze sebe“ z lásky k bližnímu – „následovat Krista totiž znamená zříkat se moci, sestupovat spolu s ním k hlubinně lidského utrpení, lidské bídy a stávat se svátostí Boží lásky, Božího soucítění s člověkem (...).“⁴⁹²

Požadavek radikálního následování Ježíše (srov. Mk 1,17; L 10,37; J 13,15) znamená i vzdání se všech jistot a ochotu k sebenasazení a sebevydání z lásky k druhému až k *martyrii*. V dnešní době je předávání víry spojeno zejména s osobním svědectvím, je proto třeba, aby křesťané „nejdříve prostřednictvím svého životního stylu a v návaznosti na to i skrze jejich slova začali být vnitřně pozorní k důvodům své naděje (srov. 1 P 3,15), a to i za cenu pronásledování, bezdůvodného vraždění a nevysvětlitelného lidského utrpení neseného s důvěrou, že naděje minulého burcuje naději budoucího“.⁴⁹³ Novodobými *martyry* jsou nejen křesťané, kteří se postavili na odpor nacistické a komunistické totalitě a stali se obětmi těchto represivních režimů, ale např. i čtyři mladí křesťanští pracovníci zavraždění v roce 2014 na východě Ukrajiny proruskými separatisty,⁴⁹⁴ či čtyři sestry – Misionářky Lásky, zavražděné spolu se

⁴⁹⁰ PANIKKAR, R. *Trojice: O mystické sounáležitosti mezi lidmi*. Brno: Cesta, 1998, s. 83.

⁴⁹¹ Cit. podle RÜCKL, J., ŠTICA, P. (eds.) *Bonaventura Bouše: Odkaz a vzpomínky*, Praha: Vyšehrad, 2009, s. 40.

⁴⁹² POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*, s. 188.

⁴⁹³ AMBROS, P. *Laik a jeho poslání: Mučednictví – svědectví*, s. 67.

⁴⁹⁴ HLAS MUČEDNÍKŮ. *Ukrajina: Čtyři mladí misionáři zavraždění*. Dostupné na WWW: <<http://www.hlas-mucedniku.cz/pnp.php?datum=2014-08-21>>.

svými svěřenci 4. března 2016 v Jemenu,⁴⁹⁵ o nichž papež František řekl: „To jsou mučedníci dneška! Neobjevují se na obálkách časopisů, nejsou tématem zpravodajství. Prolévají svoji krev za církev. Jsou to oběti těch, kdo tento útok spáchali, jakož i lhostejnosti, oné globalizace lhostejnosti, která se nestará (...)“.⁴⁹⁶ K těmto mučedníkům všedního dne patří i křesťanští humanitární pracovníci, učitelé, zdravotní sestry, lékaři a další pomáhající nejen v zemích třetího světa, ale aktuálně např. při pandemii nového koronaviru, jejichž „mučednictví je nejvyšší svědectví vydané pravdě víry; znamená svědectví, které sahá až k smrti. Vydávají svědectví o zemřelém a zmrtvýchvstalém Kristu, s nímž jsou spojeni láskou. Podstupují smrt skutkem statečnosti“.⁴⁹⁷

V tomto sebevydání, zřeknutí se sebe z lásky k druhému, která je nezištným darem sebe sama, v nasazení života pro druhé, v této kenózi, která je předpokladem opravdového vztahu dvou osob, je tak nemocniční kaplan svědkem – *martyrem* vztahů ve společenství osob Nejsvětější Trojice a jakožto následovník Krista je *martyrem* Krista Ježíše, který „ačkoli má božskou přirozenost, nic nelpěl na tom, že je rovný Bohu, ale sám sebe se zřekl, vzal na sebe přirozenost služebníka (...), ponížil se a byl poslušný až k smrti, a to k smrti na kříži“ (srov. F 2,5b–8). V podobném duchu hovořil papež Benedikt XVI. při audienci členů Papežské akademie sociálních věd: „Ježíš nás učí, že láska přikazuje vydávat život pro dobro druhých. V tomto smyslu pravá solidarita, která se začíná uznáním stejné hodnoty druhého člověka, dosahuje své plnosti pouze tehdy, dá-li se ochotně do služby druhým. V tom spočívá vertikální rozměr solidarity: Vůči druhému se mám umenšovat, abych mu sloužil, tak jako Ježíš ponížil sebe samého, aby dal lidem podíl na svém božském životě ve společenství s Otcem a Duchem svatým.“⁴⁹⁸

8.2.2 Nemocniční kaplan jako *martyr* Božího *con-solatio*

Papež Benedikt XVI. klade ve své encyklice *Spe salvi* otázku, zda je pro nás druhý člověk tak důležitý, že jsme ochotni se pro něho stát osobou, která trpí, neboť i láska,

⁴⁹⁵ TISKOVÉ STŘEDISKO ČBK. *Papež k útoku na Misionářky Lásky: To jsou mučednice dneška*. Dostupné na WWW: <<http://tisk.cirkev.cz/ze-zahranici/papez-k-utoku-na-misionarky-lasky-to-jsou-mucednice-dneska>>.

⁴⁹⁶ Tamtéž.

⁴⁹⁷ KKC 2473.

⁴⁹⁸ BENEDIKT XVI. Promluva k Papežské akademii sociálních věd. Dostupné na WWW: <<https://www.radiovaticana.z/clanek.php?id=9454>>.

vyžadující sebezřeknutí, se může stát pramenem utrpení. Mnohdy je snahou člověka zbavit se utrpení, vyhnout se všemu, co by mohlo utrpení představovat, ušetřit si námahu a bolest spojené s pravdou, láskou a dobrem. Papež se ptá, zda jsme toho schopni a zda láska slibuje opravdu tolik, že ospravedlní i osobní sebedarování.⁴⁹⁹ V odpověď na tuto otázku Benedikt XVI. uvádí, že je to právě křesťanská víra, která má v lidských dějinách zásluhu na tom, že v člověku nově a hlouběji probudila schopnost trpět, a která nám zároveň ukázala, že pravda, spravedlnost a láska nejsou pouhými ideály, ale pádnými skutečnostmi.⁵⁰⁰ „Víra nám ukázala, že Bůh, zosobněná pravda a láska, chtěl trpět za nás a spolu s námi. Bernhard z Clairvaux vytvořil jeden znamenitý slovní obrat: *Impassibilis est Deus, sed non incompassibilis* – Bůh nemůže trpět, ale může soucítit. Člověk má pro Boha takovou cenu, že se on sám stal člověkem, aby mohl spolu s člověkem soucítit, spolu-trpět způsobem velmi reálným, totiž v těle a krvi, jak nám to podává pašijový příběh o Ježíšově umučení. Odtud vstoupil do veškerého lidského utrpení ten, kdo naplno toto utrpení sdílí a spolu ho snáší; odtud do každého utrpení proniká *con-solatio*, útěcha z přítomné soucitné, spolutrpicí Boží lásky, a spolu s ní vychází hvězda naděje“.⁵⁰¹

Toto sou-cítění, spolu-trpění (*compassio*) tedy představuje především schopnost empatie, chápacího vcítění na straně doprovázejícího nemocničního kaplana. Nejde o soucitné litování toho, komu pomáháme, nýbrž o spolu-kráčení, spolu-cítění, spolu-prožívání utrpení analogicky k Božímu vtělení v Ježíši Kristu, který vstoupil do života s jeho vznešeností i bídou a sdílel a spolu-nesl veškeré lidské utrpení. Přijmout druhého v jeho utrpení pak znamená do jisté míry osvojit si jeho utrpení, identifikovat se s ním a stát se svědkem Božího *con-solatio*.⁵⁰² Toto *bytí-spolu-v-osamění* tak představuje další rovinu, na které se nemocniční kaplan stává Božím *martyrem*, neboť v něm zprostředkovává trpícímu člověku Boží blízkost, soucitnou Boží lásku a naději. Základním úkolem nemocničního kaplana jakožto křesťana je být vůči druhým lidem Božím svědkem (Sk 2,22–32) a zpřítomňovat toto Boží *con-solatio*. Kaplan „je svědkem – *martyrem*, který svým spolu-trpěním s trpícím odkazuje na Boží spolu-trpění s tímto trpícím. V posledku nejde o jiný princip než ten, na kterém stojí i svátost nemocných, když zpřítomňuje nemocnému Boží soucit a posilu. (...) Tak i prosté spolubytí (...) s trpícím člověkem jako doklad spolu-trpění s tímto člověkem, může být

⁴⁹⁹ Srov. SS 38; 39.

⁵⁰⁰ SS 39.

⁵⁰¹ Tamtéž.

⁵⁰² SS 38; 39.

znamení a nástroj vnitřního spojení Boha s člověkem a člověka s Bohem v utrpení – bez ohledu na to, jaký stupeň víry a jaké znalosti křesťanství tento člověk má. Podmínkou pro to je ovšem důvěryhodnost takového svědka, tedy naprostá jednota jeho slov a činů“.⁵⁰³

Pokud nemocniční kaplan sdílí, spolu-nese utrpení, je ono utrpení prostoupeno jeho přítomností a proniká jím světlo lásky: „Latinské slovo *con-solatio*, útěcha, výslovně poukazuje na společenství v samotě, která pak už není osamělostí“.⁵⁰⁴ Jak uvádí C. V. Pospíšil, „jestliže Ježíš – vtělený Boží Syn prožíval ve vrcholné hodině své služby člověku naši opuštěnost, pak je také v každé naší opuštěnosti tajuplně přítomen, on je ‚Bůh s námi‘ i tehdy, když se cítíme hluboce opuštěni“.⁵⁰⁵ Kaplan je tak svou účastí, svým spolu-trpěním, empatickým nasloucháním i mlčením svědkem – *martyrem* této tajuplné Boží přítomnosti v mlčení a samotě. Tento postoj připomíná postoj Jóbových přátel, kteří „potom seděli spolu s ním na zemi po sedm dní a nocí a slova k němu žádný nepromluvil, neboť viděli, že jeho bolest je nesmírná“ (Jb 2,13), který představuje přiměřený a vhodný způsob pastoračního jednání. Jóbovi přátelé, kteří zpočátku mlčí, pomáhají svou empatií, svým spolu-trpěním nést Jóbovo utrpení.

V souvislosti s Jóbovým příběhem zmiňuje prof. Traugott Jähnichen výraz „kenoze prázdných rukou“, který použil někdejší erfurtský probošt Heino Falcke v souvislosti s útokem, ke kterému došlo v dubnu 2002 na Gutenbergově gymnáziu v Erfurtu. Právě H. Falcke tehdy použil při teologické interpretaci události výraz „kenoze prázdných rukou“ ve smyslu kenoze Ježíše Krista, jak ji popisuje list Filipským (Fp 2,7n.). Tato kenoze podle Falckeho znamená zdržet se jakéhokoli jednání a mluvení, být solidární s postiženými v bezmoci a neschopnosti hovořit, spolu-nést jejich utrpení a unést a vydržet chvíle mlčení. Právě tuto zdrženlivost Jóbových přátel označuje Falcke za postoj, který je spjatý s bezpodmínečnou lidskou solidaritou v utrpení a který je ve smyslu kenoze základním postojem otevírajícím prostor modlitbám, otázkám i výčítkám vůči Bohu, postojem, který jediný dovoluje teologicky interpretovat tragické události.⁵⁰⁶ Obdobnými slovy to vyjadřuje také Aleš Opatrný: „Kdo chce mluvit o utrpení, jeho smyslu a jeho křesťanské hodnotě, má opravdu vážít každé slovo (...). Povrchní

⁵⁰³ OPATRŇY, M. *Impassibilis est Deus, sed non incompassibilis* (sv. Bernhard z Clairvaux): Srovnání pohledů Jana Pavla II. a Benedikta XVI. na utrpení z pastorálního hlediska. In: *Theologos*, 2011, roč. 13, č. 1, s. 58–68; zde s. 67.

⁵⁰⁴ SS 38.

⁵⁰⁵ POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*, s. 58.

⁵⁰⁶ Srov. JÄHNICHEN, T. Von Gott reden angesichts von Leiden und Tod. Die Theodizee in der Notfallseelsorge. In: BREITSAMETER, Ch. (ed.). *Notfallseelsorge. Ein Handbuch*, Münster: Aschendorff Verlag, 2012, s. 128–129.

a zkratkovité interpretace Ježíšova utrpení a naší účasti na něm nepomohou, spíš uškodí“.⁵⁰⁷

Podobným příkladem je i Ježíšova matka Marie. Maria, ta, „která všechno v mysli zachovávala a rozvažovala o tom“ (L 2,19), je v Ježíšově životě často v pozadí, je „jen“ u toho, ale v hodině Ježíšova umírání a smrti stojí na jeho straně a setrvává s ním. Nemůže – podobně jako Šimon z Kyrény – situaci změnit, ale oba jsou zde a nesou těžké chvíle spolu s ním (srov. Mt 27,32; Mk 15,21; Ga 6,2).⁵⁰⁸ Podobně jako u knihy Jób můžeme i zde hovořit o „kenozi prázdných rukou“, nic již nelze změnit, nic nelze dělat, jen být v situaci krize solidární s postiženými v jejich bezmoci, spolu-nést a sdílet jejich utrpení a unést chvíle mlčení.

8.2.3 Nemocniční kaplan jako *martyr* Boží proměňující moci v člověku

Bůh sám vstoupil do dějin, stal se člověkem a trpěl; stal se „Bohem-s-námi“, který sdílel nejen náš život, ale i naše bolesti, utrpení a smrt. Ježíšova smrt je pak nejradikálnějším výrazem Boží touhy být „Bohem-s-námi“. Proto se „skutečná míra lidství podstatně určuje ve vztahu k utrpení a k trpícímu“.⁵⁰⁹ Člověk však „neumí přijímat utrpení druhého, pokud sám nedokáže najít v utrpení smysl, očištnou cestu zrání, cestu naděje“.⁵¹⁰ Jak uvádí Jan Pavel II. v apoštolském listu *Salvifici doloris*, „ať je forma utrpení jakákoli, nedá se nijak oddělit od pozemského života člověka. (...) Utrpení vyjadřuje hloubku člověka až po jistou hranici, a svým způsobem ji převyšuje. Zdá se, že utrpení směřuje k povýšení člověka. Je totiž jednou z věcí, které jsou ‚určeny‘ k tomu, aby člověk překonal sám sebe, k čemuž je nepochybně tajemně a skrytě povolán.“⁵¹¹ A je to právě nemocniční kaplan, který se při své práci stává svědkem vnitřní proměny člověka v hluboké životní krizi, stává se *martyrem* Boží tajuplné a proměňující moci v člověku.

V pastorální konstituci *Gaudium et spes* se hovoří o tom, že člověk má ve svém srdci zákon vepsaný Bohem a ve svém svědomí – „nejtajnějším středu a svatyni“ může naslouchat Božímu hlasu, a dále že každý člověk je způsobem, který zná jen Bůh, spojen s velikonočním tajemstvím.⁵¹² T. Halík v knize *Noc zpovědníka* upozorňuje

⁵⁰⁷ OPATRŇY, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*, s. 28.

⁵⁰⁸ Srov. HERBERHOLD, K. „Ich kenne ihr Leid“ (Ex 3,7): Notfallseelsorge in Deutschland, s. 162.

⁵⁰⁹ SS 38.

⁵¹⁰ Tamtéž.

⁵¹¹ SD 2; 3.

⁵¹² Srov. GS 16; 22.

v této souvislosti na jeden zajímavý aspekt křesťanské víry: „Ten, kdo na sebe bere a poctivě nese svůj lidský úděl, v trpělivosti k jeho ohraničenosti a konečnosti, v neustálém tazání se po smyslu, a zejména v lásce a solidaritě k druhým, ten tímto existenciálním přikývnutím k svému lidství se už zároveň dotýká tajemství Vtělení. (...) Tím, že bereme vážně své lidství a lidství druhých ve vši jeho slabosti, nedokonalosti, křehkosti a konečnosti, jsme tímto poctivým lidstvím ‚na jedné lodi‘ s těmi, kteří vyznávají a následují Krista, Boží Slovo, které na sebe vzalo lidskou přirozenost.“⁵¹³ Proto skutečnost, že milost Boží působí neviditelně v srdci člověka bez ohledu na to, zda je věřící či nevěřící, a že každý člověk má podíl na jeho velikonočním tajemství, znamená, že každý člověk je rovněž schopen zakoušet sám sebe jako místo Božího působení, což platí zejména v mezních životních situacích, v nichž více než kdy jindy vyvstává otázka po smyslu. Nemocniční kaplan může svým přístupem pomoci druhému vnitřně proměnit jeho bolest, utrpení, a dát mu smysl: „Je třeba trpícímu pomáhat v tom, aby se vnitřně a zcela svobodně pokud možno co nejvíce ztotožnil s osvobozujícím a utrpení zevnitř proměňujícím postojem Ukřižovaného, a tak sám dal svému utrpení zcela nový význam. Dokonalé přijetí postoje Ukřižovaného proměňuje konkrétní utrpení v tajuplné zpřítomnění Kristova kříže na tomto místě a v této chvíli.“⁵¹⁴

Ze strany doprovázejícího kaplana to vyžaduje kromě odborné kompetence především pravdivost, otevřenost, nepředpojatost, autenticitu, respekt vůči druhému, bezpodmínečné přijetí člověka takového, jaký je, bez ohledu na jeho vystupování či vzhled. Toto vše lze shrnout pod teologickou kategorii lásky, mající svůj základ v Boží lásce, která pro svou blízkost a pomáhající jednání neklade člověku žádné podmínky. Pomoc člověku v mezní životní situaci vždy vyžaduje individuální přístup, trpělivé a pozorné naslouchání, empatii, kdy „naše srdce prožívá cosi z bolesti, kterou trpící zažívá na vlastním těle a ve vlastním nitru“.⁵¹⁵ Kromě toho je třeba dát svým postojem úcty člověku v nouzi najevo, jakou má on sám pro nás hodnotu a důstojnost – „naše opravdová účast, naše spoluutrpení, naše pozorné a naslouchající mlčení, to všechno vlastně napodobuje chování a postoj Boha Otce v hodině kříže.“⁵¹⁶

Vzít na sebe Kristův kříž je nesmírně obtížné, neboť znamená překonání sebe sama a úplné vydání se „Tomu, který je od věčnosti sebedarováním až na dno“.⁵¹⁷ Snášet

⁵¹³ HALÍK, T. *Noc zpovědníka: Paradoxy malé víry v postoptimistické době*. Praha: NLN, 2005, s. 58.

⁵¹⁴ POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*, s. 192.

⁵¹⁵ Tamtéž, s. 194.

⁵¹⁶ Tamtéž, s. 195.

⁵¹⁷ Tamtéž.

utrpení, ať je jeho příčina jakákoli, znamená stát se otevřeným k působení proměňující a spásné Boží moci, „která propůjčuje člověku již v tomto životě úžasnou důstojnost. Není to jednoduché ani pro věřícího člověka, nicméně i v Krista nevěřící člověk čistého srdce se může k takovému postoji přiblížit, ovšem tajemství, které se v něm odehrává, pojmenuje svým a sobě vlastním způsobem“.⁵¹⁸ Dobrovolně přijímat námahu a životní trápení znamená připodobnit se trpícímu Kristu, mít „podíl na působení Boží lásky, nacházet v nitru utrpení sám sebe, objevit ‚život‘, o němž se člověk domníval, že jej kvůli svému trápení ztratil“.⁵¹⁹

Svým vstřícným, trpělivým, empatickým přístupem k člověku v životní krizi při bezpodmínečném respektování jeho stavu, a to nejen fyzického, ale i v jeho emočních těžkostech, svou pomocí v hledání orientace v souvislosti se smyslem toho, co dotyčný prožívá, dávají nemocniční kaplani důležitý signál a zpětnou vazbu nejen samotným lidem v nouzi a všem, kteří jim pomáhají, ale i celé společnosti o tom, v čem spočívá hodnota a kvalita lidského života. Jan Pavel II. napsal v apoštolském listu *Salvifici doloris*: „Během generací a po staletí bylo zjevné, že v utrpení je ukryta zvláštní síla, která člověka vnitřně *spojuje s Kristem*, což je zvláštní milost. (...) Člověk objevuje spásný význam utrpení, ale rovněž a především (...) se samotným utrpením stává zcela novým člověkem. Dospívá totiž k novému chápání celého svého života a poslání, které má naplnit. Tento objev je zvláštním potvrzením velikosti Ducha svatého, který v něm zcela nesrovnatelně překonává tělo. Je-li tělo těžce nemocné a naprosto oslabené a člověk není téměř schopen žít a pracovat, tehdy více vyniká jeho vnitřní zralost a duchovní velikost, která je působivým ponaučením pro srdce lidí zcela zdravých.“⁵²⁰

Podarí-li se lidem v těžké životní situaci proměnit vlastní utrpení a s vnitřním klidem, trpělivostí a vyrovnaností je snášet, stávají se pomocí a vzorem pro ostatní podobně postižené, a rovněž i pro ty, kteří je na jejich cestě doprovází. Jejich postoj může vést druhé k reflexi vlastního života, k přehodnocení životních priorit a hlubšímu náhledu na vlastní život. Zároveň dávají těm, kteří jim poskytují odbornou pomoc, možnost mít účast na svém utrpení, sdílet s nimi obavy, úzkosti a bolest, stát se svědky – *martyry* Božího proměňujícího působení, a dospět tak ke zralému postoji nejen k životu, ale i k umírání a smrti. Tato vnitřní proměna však vyžaduje „často dlouhý

⁵¹⁸ POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*, s. 192.

⁵¹⁹ SD 23.

⁵²⁰ SD 26.

proces vlastního obrácení a milosti Ukřižovaného⁵²¹, který vrcholí onou vnitřní zralostí a duchovní velikostí trpícího.

„Člověk je první a základní cestou církve“⁵²², napsal ve své nástupní encyklice *Redemptor hominis* papež Jan Pavel II., jehož pontifikát byl od počátku spjat s hlubokým zájmem o chudé, nemocné a trpící. Tuto myšlenku papež dále rozvedl a doplnil v apoštolském listu *Salvifici doloris*, v němž píše, že „v Kristu je každý člověk cestou církve“, vstoupí-li do jeho života utrpení, ať již v jakékoli životní etapě a jakékoli podobě, a církev, „vzešla z tajemného mysteria vykoupení v Kristově kříži“, musí usilovat o setkání s takovýmto člověkem, neboť „tímto setkáním se člověk skutečně ‚stává cestou církve‘, jež je ze všech cest nejpřednější“.⁵²³ „Trpící člověk je cestou církve, protože je především cestou Krista, dobrého Samaritána, který ‚se nevyhnul‘, nýbrž ‚byl pohnut soucitem, přistoupil k němu ... ošetřil jeho rány... a staral se o něj (Lk 10, 32–34)“⁵²⁴, uvádí pak dále v postsynodním apoštolském listu *Christifideles laici* Jan Pavel II., který „v utrpení prožitém s Kristem a pro Krista spatřoval velké a spásonosné dobro, jež je schopno obohatit celé společenství církve“.⁵²⁵ Posláním církve je služba člověku, zejména člověku v nouzi, proto tak, jako se „Kristus spojil s církví v tajemství svého výkupného díla, musí být i církev pevně spojena s každým jednotlivým člověkem“, který „je a stále znovu se stává ‚cestou‘, po níž kráčí církev ve svém každodenním žití“.⁵²⁶ V prostředí nemocnice je tato služba člověku v nouzi poskytována nemocničnými kaplany prostřednictvím tzv. klinické pastorační péče.

8.3 Klinická pastorační péče – pastorační péče či pomáhající profese?

Výše uvedené kapitoly ukázaly, že v mezní životní situaci může křesťanství v podobě klinické pastorační péče nabídnout i tzv. „alternativně“ věřícím pacientům prostor pro tematizaci nejen jejich existenciálních otázek, ale i všedních, každodenních problémů, přičemž i zdánlivě běžná témata se mohou dotknout hlubší roviny pacientova

⁵²¹ OPATRŇY, M. *Impassibilis est Deus, sed non incompassibilis*, s. 61.

⁵²² RH 14.

⁵²³ SD 3.

⁵²⁴ CHL 53.

⁵²⁵ DZIWIŚZ, S., DRAŹEK, C. *Utrpení v životě a papežském úřadu Jana Pavla II.* In: DZIWIŚZ, S., DRAŹEK, C., BUZZONETTI, R. COMASTRI, A. *Síla v slabosti Jana Pavla II.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, s. 17.

⁵²⁶ RH 18; 21.

života. To však neznamená, že kaplani v rozhovorech s pacienty musí vždy dospět k explicitně náboženským či existenciálním otázkám a že jejich rozhovor bude mít tuto hlubší dimenzi. Může se naopak stát, že rozhovor zůstane tzv. na povrchu, bez jakýchkoli náboženských témat, kdy si pacient žádné náboženské ani existenciální otázky neklade, případně se opírá o svou „alternativní“ spiritualitu, nebo dokonce o návštěvu kaplana vůbec neprojeví zájem. V těchto situacích a ve vztahu k těmto pacientům může vyvstat otázka, v čem spočívá onen křesťanský aspekt klinické pastorační péče, zda se tato péče nestává jednou z řady pomáhající profesí, které se v nemocnicích uplatňují,⁵²⁷ nahraditelnou např. péčí psychologa či sociálního pracovníka, a zda lze hovořit o pastorační péči i při doprovázení nevěřících či tzv. „alternativně“ věřících pacientů, jinými slovy, jakým způsobem by měla klinická pastorační péče chápat sebe sama v převážně sekulárním prostředí nemocnic a ve vztahu k těmto pacientům.

Péče o bližního a pomoc potřebným totiž není něco specificky křesťanského, neboť láska k bližnímu je vepsána do lidské přirozenosti, jak je uvedeno v pastorální konstituci o církvi v dnešním světě, která hovoří o svědomí jako „nejtajnějším středu a svatyni“ člověka, v níž člověk odkrývá zákon, který, ač si ho sám neukládá, naplňuje láskou k Bohu a k bližnímu.⁵²⁸ Jak konstituce dále uvádí: „Věrnost svědomí spojuje křesťany s ostatními lidmi při hledání pravdy a při pravdivém řešení mnoha mravních problémů, které vyvstávají v životě jednotlivců a ve společenském soužití.“⁵²⁹ T. Halík nabízí podobnou myšlenku v souvislosti s interpretací známé perikopy o prokázání účinné lásky těm „nejmenším“ a v nich samotnému Kristu (Mt 25,31–46): „(...) jejich činy (...) neměly výslovně ‚křesťanskou‘ a ‚náboženskou‘ motivaci, je dokonce možné, že to ani nebyli křesťané, nebyli ‚věřící‘. A pokud měli *víru* (...), pak to byla ona

⁵²⁷ Pomáhající profese jsou tradičně děleny do několika stupňů podle toho, nakolik jsou schopny pomáhat lidem řešit jejich sociální a emoční problémy. Do tzv. pomáhání na prvním stupni patří profese jako sociální pracovníci, psychiatři, psychologové, manželští poradci apod., tedy profese, v nichž jde primárně o řešení sociálních či emočních problémů, případně obojího. Do pomáhání na druhém stupni se řadí profese, které pracují s lidmi v těžké životní situaci nebo s lidmi prožívajícími krizi. Sem spadají duchovní, lékaři, zdravotní sestry, učitelé, lektori a konzultanti, policisté, probační úředníci a další. Kromě své odbornosti jsou tyto pracovníci schopni pomáhat zvládat i sociální a emoční rozměry situací, které se svými „klienty“ řeší. Pomáhající pracovníci na obou těchto stupních jsou profesionálové. Někteří autoři ještě dále rozlišují třetí a čtvrtý stupeň pomáhání, ve kterém již nejde o profesionální pomoc. Ve třetím stupni jsou zahrnuty profese jako např. manager, v nichž může být od pracovníků požadována pomoc či rada. Čtvrtý stupeň se potom týká jakékoli mezilidské pomoci – v rámci rodiny, mezi sousedy apod. Srov. MATOUŠEK, O., HARTL, P. Nároky sociální práce a syndrom vyhoření. In: MATOUŠEK, O. (ed.) *Metody řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 51–52. Pomáhající profesí se v této práci rozumí profese na prvním či druhém stupni pomáhání.

⁵²⁸ GS 16.

⁵²⁹ Tamtéž.

implicitní víra, víra nespočívající v ‚názorech‘ a ‚přesvědčení‘, nýbrž ukazující se výhradně v činech, v životní praxi.⁵³⁰ Halík zde poukazuje na to, že primární motivací pomáhajícího jednání nebyla ‚správná víra‘, vlastní spása, či plnění povinnosti, ale konkrétní ortopraxe, solidarita s druhým člověkem a vnímavost k lidskému utrpení.

Rovněž H. Pompey a P.-S. Roß zdůrazňují, že ‚diakonie se neuskutečňuje jen skrze křesťany! Neboť Boží lid je ‚větší‘ než církev, a i pomáhající praxe lidí, kteří nejsou členy viditelné církve nebo výslovnými křesťany, se uskutečňuje v horizontu přicházejícího Božího království. Proto i pomáhající jednání bez toho, aniž by jednající subjekty chápaly sami sebe jako křesťany, může mít kvalitu diakonického jednání.⁵³¹ Tedy i ten, kdo sice není křesťansky věřící, je však svědkem Kristovým tím, že stojí na straně chudých, vyloučených, trpících a potřebných, k nimž byl Ježíš poslán, kdo napodobuje prokazováním bliženecké lásky život Kristův, se svou pomocí druhým – byť nereflektovaně – stává následovníkem Krista. K. Rahner to již před lety vyjádřil následovně: ‚Neboť všude, kde profánní sociální čin společnosti slouží věčné důstojnosti osoby, její svobodě a osvobození od odcizení sebe sama, kde umožňuje člověku být sebou samým a vlastní odpovědností tvořit svůj pozemský a věčný osud, kde jej zbavuje jak je to jen možné všeho předpersonálního, aby se mu dostalo toho nejobtížnějšího: jeho samého v jeho svobodě, všude tam jsou dány společenské skutečnosti, které mohou být tělem lásky a často také jsou, a tak zvláště anonymně mohou patřit k projevu církve.⁵³² Jinými slovy *caritas* v teologickém smyslu se může uskutečňovat i tam, kde není pomáhajícími pracovníky takto vnímána a není explicitně spojována s křesťanstvím. Pompey a Roß v této souvislosti hovoří o ‚implicitní‘, ‚anonymní‘ diakonii, která se podle nich uskutečňuje všude tam, kde se lidé angažují pro druhé a s druhými způsobem, který odpovídá křesťanskému chápání pomoci, bez ohledu na to, zda o tom pomáhající vědí či o to usilují nebo ne.⁵³³ Pomáhajícím tedy nemusí být pouze křesťan, ale může jím být i nekřesťan jednající křesťansky, na druhé straně ani křesťan nemusí vždy jednat z ušlechtilých pohnutek a křesťanská víra může

⁵³⁰ HALÍK, T. *Divadlo pro anděly: Život jako náboženský experiment*. Praha: NLN, 2010, s. 177.

⁵³¹ POMPEY, H., ROSS, P.-S. *Kirche für andere*, s. 227.

⁵³² RAHNER, K. Praktická teologie a církevní sociální práce. In: *Caritas et veritas*, 2013, roč. 3, č. 1, s. 79–80.

⁵³³ POMPEY, H., ROSS, P.-S. *Kirche für andere*, s. 228.

mít negativní vliv na pomáhání, jak ve své studii ukazuje M. Opatrný. Motivací k pomáhání pak může být např. potřeba obrácení klienta, vlastní spása apod.⁵³⁴

V případě klinické pastorační péče se jedná o křesťanskou službu poskytovanou jak ordinovanými osobami, tak laiky, kteří se do této služby nehlásí pouze ze své vlastní iniciativy, ale vysílající církev, jejíž jsou součástí, je mj. garantem jejich vhodnosti a způsobilosti. Tato služba má však řadu specifík vyplývajících především z jejího primárně neevangelizačního charakteru, sekulárního prostředí, v němž je poskytována, adresátů, z nichž jen malou část tvoří věřící, tedy z „konfrontace role nemocničního kaplana jako náboženského profesionála, disponujícího ‚zvláštní jinakostí‘ (...) a sekulární silně profesionalizované instituce, ve které je přítomnost náboženství nesamozřejmá, ba dokonce nežádoucí“.⁵³⁵ To s sebou nese řadu otázek týkajících se jak chápání role kaplanů a jejich pozice v pracovním prostředí, tak také – v souvislosti se standardizací jejich činnosti – pojetí klinické pastorační péče, kterou poskytují. Ch. Schneider-Harpprecht uvádí příklad z Velké Británie a USA, kde státní nemocnice v rámci privatizace či reorganizace přešly k pojetí klinické pastorační péče jako vlastního „departmentu“ a části „podniku“ s cílem zvýšit spokojenost pacientů a zlepšit image nemocnice. To mimo jiné vyžadovalo, aby klinická pastorační péče byla schopna vykázat managementu nemocnice svou kvalitu podle stanovených standardů.⁵³⁶

Také v České republice mají některé nemocnice vypracované a schválené standardy pro tuto péči. Příkladem může být pražská ÚVN používající tzv. standard G 9 označený jako *Edukace o poskytování duchovní péče v ÚVN* a zařazený pod Všeobecný standard ošetrovatelské péče. Za jeho zpracování, aktualizaci a revizi odpovídá Skupina kvality ošetrovatelské péče. Standard stanovuje mj. kritéria, postup, úkoly a výsledky poskytování klinické pastorační péče včetně hygienických opatření a stanovuje postup pro jejich kontrolu v rámci ošetrovatelského auditu.⁵³⁷ Klinická pastorační péče se tak může jevit spíše jako profesionalizovaná péče typu sociální práce poskytovaná na základě schváleného standardu, než jako křesťanské pastorační péče. P. Ambros v této

⁵³⁴ Podrobně k tomu viz OPATRŇÝ, M. Třináctá komnata vztahu teologie a sociální práce:

K problematice negativních vlivů křesťanské víry na pomáhání. In: *Caritas et veritas*, 2011, roč. 11, č. 1, s. 44–59.

⁵³⁵ BELÁŇOVÁ, A. Být kaplanem v Česku: Zdroje nejistoty a nacházení opory. In: *Český lid / The Czech Ethnological Journal*, 2018, roč. 105, č. 1, s. 26. Dostupné na WWW: <<http://ceskylid.avcr.cz/media/articles/688/submission/original/688-1791-1-SM.pdf>>.

⁵³⁶ Srov. SCHNEIDER-HARPPRECHT, CH. *Seelsorge – christliche Hilfe zur Lebensgestaltung: Aufsätze zur interdisziplinären Grundlegung praktischer Theologie*. Berlin: LIT, 2012, s. 145.

⁵³⁷ ÚVN Praha. *Všeobecný standard ošetrovatelské péče: Edukace o poskytování duchovní péče v ÚVN G 9*. Interní dokument.

souvislosti uvádí příklad: „Zkusme si představit babičku, která jde do nemocnice a jako zbožná křesťanka si k sobě zavolá nemocničního kaplana, který naplňuje tuto standardizovanou *klinickou pastorační službu*“, definovanou v příslušných dokumentech. „Zde vidíme jeden (zdařilý?) pokus o transformaci běžné návštěvy nemocného v nově vytvořený *standard* péče, garantované podobným způsobem jako ostatní sociální služby. Návštěva nemocného musí splňovat obdobnou logiku a kritéria jako ostatní nabízené služby.“⁵³⁸ To vede mj. k otázce, zda se z křesťanské péče nestává jedna z pomáhajících profesí, která se od ostatních pomáhajících profesí v nemocnici liší pouze tím, že vnáší do sekulárního prostředí tzv. duchovní rozměr.

Podle P. Ambrose je mezi pomáhající profesí a pastorační péčí zásadní rozdíl v pohledu na to, kam chce potřebného člověka přivést. Zatímco pomáhající profese jej „integrují do společnosti k plnohodnotnějšímu lidskému životu zde na zemi a to ve všech rovinách jeho pozemského bytí“, pastorační péče jej „přivádí do společenství věřících, kteří jsou vykoupeni Kristem, tvoří součást Kristova oslaveného těla, kde skrze životní styl nového člověka mají již nyní podíl na dovršeném životě lidstva v Ježíši Kristu. Chce jej přivést hlouběji do společenství církve, kde již nyní prožívá věčný život, proměnu tělesného a pozemského života.“⁵³⁹

A. Opatrný rozlišuje ve své knize *Spirituální péče o nemocné a umírající* péči spirituální a pastorační. Spirituální či duchovní péče je zde charakterizována jako péče „o oprávněné potřeby v podstatě každého vážně nemocného člověka, nikoli jen takzvaně ‚nábožensky orientovaného‘. Tato péče povětšinou reaguje na existenciální otázky, hlásící se výrazněji ve stavu nemoci a ohrožení života, a nemusí mít vždy explicitně náboženský obsah. Má ale s úctou brát v úvahu konkrétní spiritualitu konkrétního člověka a reagovat na ni.“⁵⁴⁰ Výslovně pastorační péče je potom chápána jako péče církvi o věřící, v katolické církvi často související se svátostnou péčí. Ve vztahu k nemocným a umírajícím definuje A. Opatrný pastorační péči v širším slova smyslu jako „takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou

⁵³⁸ AMBROS, P. *Základní služby církve v české sekulární společnosti: κήρυγμα /μαρτυρία – λειτουργία – διακονία*. Olomouc: Refugium Velehrad-Roma, 2013, s. 196–197.

⁵³⁹ AMBROS, P. *Doprovázet, rozlišovat a integrovat: Uvedení do pastorální antropologie*. Olomouc: Refugium Velehrad-Roma, 2016, s. 245.

⁵⁴⁰ OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 16.

jejího možného rozvoje.“⁵⁴¹ Opatrný však zároveň upozorňuje, že výrazy pastorační péče a duchovní či spirituální péče se u nás často používají bez přesnějšího rozlišení.⁵⁴² Spirituální či duchovní péče (jak je nazývána v několikrát zmiňované *Dohodě*, jejich dodatcích a dalších dokumentech uzavřených mezi ČBK, ERC a MZ ČR), která je dnes chápána „v širokém spektru tak, jak široce je pojmána a velmi neostře definována sama spiritualita“,⁵⁴³ je tedy v tomto pojetí určena všem nemocným a umírajícím bez ohledu na to, zda jsou či nejsou věřící, pastorační péče pak je zaměřena na ty pacienty, kteří „se aktuálně nebo třeba jen ve vzpomínkách hlásí ke křesťanství jako ke svému náboženství. Jejich víra je více nebo méně integrovaná v jejich životech a oni souhlasí s nabízenou pastorační péčí.“⁵⁴⁴

Vztáhneme-li výše uvedená rozlišení na klinickou pastorační péči, můžeme se poněkud provokativně ptát, zda se tímto pojetím neotvírají dveře pro již zmíněnou „spiritual care“, neboť klinická pastorační péče by jakožto *pastorační* péče ve smyslu uvedených definic byla zaměřena na uspokojování spirituálních a náboženských potřeb především věřících pacientů, zatímco široce pojatá a nábožensky neutrální *spirituální péče* by mohla spadat do kompetence jiných profesí v rámci nemocnice – zdravotních sester, lékařů, fyzioterapeutů, psychologů, případně spirituálních krizových asistentů, kteří kontaktují nemocničního kaplana pouze tehdy, deklaruje-li nemocný i náboženské potřeby, jak je uvedeno v kapitole pojednávající o „spiritual care“. Jak upozorňuje P. Ambros v souvislosti s vývojem pojmu *spirituální péče*, křesťanská pastorační péče o člověka může být nahrazena pomáhajícími profesemi a „otevřít se možnost postupného vyloučení pastorační péče do soukromé sféry nebo k jejímu prostému slovnímu či faktickému ztotožnění se sekulárním pojetím *spirituální péče*.“⁵⁴⁵

Klinická pastorační péče se s pomáhajícími profesemi v řadě ohledů skutečně setkává – má s nimi společný nejen společenský charakter a zájem pomoci potřebnému člověku v nouzi, ale také důraz na odbornou kompetenci, nutnost splnění kvalifikačních požadavků na výkon dané profese týkajících se příslušného vzdělání, absolvování odborných kurzů apod., dále dodržování etického kodexu, znalost prostředí, v němž je daná profese vykonávána a s tím spojeného nezbytného právního minima, vypracování standardů a metod práce a v neposlední řadě také stanovení zdrojů financování. V tomto

⁵⁴¹ Tamtéž, s. 17.

⁵⁴² Srov. tamtéž, s. 16.

⁵⁴³ Tamtéž, s. 15.

⁵⁴⁴ Tamtéž, s. 116.

⁵⁴⁵ AMBROS, P. *Doprovázet, rozlišovat a integrovat*, s. 250.

smyslu se tedy klinická pastorační péče bezpochyby dostává do pozice pomáhající profese podobně jako je tomu např. v případě psychologů či sociálních pracovníků. Klinická pastorační péče je však již svým názvem charakterizována nejen jako péče poskytovaná v prostředí nemocnic, ale také jako péče pastorační, spojená se zakotvením jejích nositelů – nemocničních kaplanů v křesťanských církvích, čímž se od pomáhajících profesí (poskytovaných nekřesťany) zásadně odlišuje. Je jednou z forem tzv. kategoriální pastorace, která nemá v případě pomáhajících profesí žádný ekvivalent. Kategoriální pastorace se liší od tradiční obecné pastorace ve farnostech a sborech, jejímiž obvyklými formami jsou bohoslužby, zvěstování nauky, udělování svátostí a žehnání, konání modliteb za věřící a společně s nimi, zpovědi, poskytování náboženské literatury apod., neboť je péčí o zvláštní kategorii osob, v našem případě pacientů, kteří se nacházejí v obtížné životní situaci, mimo svůj domov, ale také mimo struktury náboženských společenství. Jako taková vyžaduje náležitou odbornost a znalost prostředí, v němž je poskytována, naopak nevyžaduje pro všechny své pastorační úlohy pouze kněze,⁵⁴⁶ jak bylo uvedeno výše.

Závěrečný dokument Plenárního sněmu katolické církve v ČR z roku 2007 zdůrazňuje, že kategoriální pastorace je „nedílná složka života církve, ve svém významu a důležitosti rovnocenná farní pastoraci“, přičemž farní pastorace není ani „privilegovaným, ani jediným modelem pastoračního působení“.⁵⁴⁷ Jak dokument dále uvádí, „kategoriální pastorace (...) je nástrojem realizace vlastního poslání církve: být účinným znamením“,⁵⁴⁸ ve smyslu slov věroučné konstituce o církvi: „Církev je totiž v Kristu jakoby svátost neboli znamení a nástroj vnitřního spojení s Bohem a jednoty celého lidstva“⁵⁴⁹ a je úkolem církve „působit k tomu, aby všichni lidé, když jsou dnes těsněji spojeni různými pouty společenskými, technickými a kulturními, dosáhli také plné jednoty v Kristu.“⁵⁵⁰ V tomto smyslu je proto třeba uvažovat o kategoriální pastoraci, resp. o klinické pastorační péči nikoli jako o pomáhající profesi, ale o pastorační péči, která však musí být přizpůsobena specifickým skupinám osob (vězni,

⁵⁴⁶ Srov. TRETERA, J. R. Vězeňské kaplanství jako služba církve veřejnosti. Teoretický úvod. In: BENÁK, J. (ed.) *Církev a stát*, 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta, 2018. Spisy Právnické fakulty MU, Řada teoretická, edice Scientia, sv. č. 638, s. 136–137.

⁵⁴⁷ PLENÁRNÍ SNĚM KATOLICKÉ CÍRKVE V ČR. *Život a poslání křesťanů v církvi a ve světě*, s. 53.

⁵⁴⁸ Tamtéž, s. 54.

⁵⁴⁹ LG 1.

⁵⁵⁰ Tamtéž.

vojáci, policisté, nemocní), kterým je poskytována.⁵⁵¹ Inspirací zde do jisté míry může být pojetí pastorační péče v Armádě České republiky.

Pastorační služba je v ozbrojených složkách poskytována v prostředí, které je „třeba primárně vnímat jako obecně nenáboženské“.⁵⁵² Rámec pro pojetí pastorační služby vojenského duchovního vytváří specifická charakteristika vojenského prostředí, základní pojetí vojenské duchovní služby jako nabídky pro všechny (nikoli pouze pro věřící vojáky) nezávisle na jejich denominačním zázemí či na jejich agnostickém nebo ateistickém pohledu na svět, kterou má každý voják svrchované právo ve svobodě přijmout nebo odmítnout, spolupráce s duchovními ostatních církví a náboženských společností a dále primárně neevangelizační charakter působení vojenských duchovních.⁵⁵³ Tento neevangelizační charakter znamená, že identita duchovního je motivací pro jeho službu, ne však primárním obsahem, který má být nabízen. Vojenský duchovní se jasně zavazuje, že nebude mluvit o náboženských věcech jako první.⁵⁵⁴ Trvalý jáhen a šéfinstruktor URNY mjr. J. Laňka v této souvislosti uvádí: „Ustanovení v textu smlouvy mezi církvemi o jisté ‚rezignaci‘ na evangelizační působení kaplana může působit negativním dojmem. Předpokládáme však, že se tím, že nemá evangelizačně působit, míní spíše to, že nemá působit misijně. Evangelizačně totiž bude působit vždycky, ať bude chtít nebo ne, když bude dobře dělat to, co má, a co po něm Smlouva mezi ERC a ČBK chce. Vždyť posuďme: vojenský duchovní je poradcem velitele v oblasti lidských hodnot, vojenské etiky, morálky a mezilidských vztahů, zodpovídá za vytváření podmínek pro naplňování ústavně zaručených lidských práv, která souvisejí se svobodou vyznání a zajišťuje odborné vzdělávání v oblasti etiky a religionistiky. Svým osobním příkladem a aktivní motivací vytváří pozitivní atmosféru pro zlepšování důvěry u útvaru. Stále je k dispozici příslušníkům jednotky a jejich rodinným příslušníkům. Vykonává duchovní službu včetně bohoslužeb, spolupracuje s duchovními církví a náboženských společností civilního sektoru i s duchovními jiných armád v rámci mezinárodních vojenských aktivit. Také spolupracuje s vojenskými lékaři, psychology a dalšími pracovníky, kteří zabezpečují sociální politiku. A toto všechno a mnoho dalšího vykonává člověk, o němž všichni lidé

⁵⁵¹ Srov. PLENÁRNÍ SNĚM KATOLICKÉ CÍRKVE V ČR. *Život a poslání křesťanů v církvi a ve světě*, s. 54.

⁵⁵² HOLUB, T. *Pastorační služba v Armádě České republiky*. Praha: Arcibiskupství pražské, Pastorační středisko, 2007, s. 5.

⁵⁵³ Srov. tamtéž, s. 7–8; s. 12.

⁵⁵⁴ Srov. LAŇKA, J. *Fenomén náboženství v ozbrojených složkách. Možnosti kaplanství u PČR na základě reflexe zkušeností DS AČR*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Teologická fakulta, 2010, s. 48.

okolo něho vědí, že je křesťanem a navíc klerikem. Může být něco více evangelizace, i když se to oficiálně tak nazývat (zatím) nesmí?⁵⁵⁵

V případě působení vojenských kaplanů se tedy jedná o tzv. „preevangelizační pastorační službu, která je založena na službě každému člověku s jeho radostmi a starostmi. Motivací pro tuto službu je víra v pravdivost slov z evangelijního podobenství o posledním soudu: „... cokoliv jste učinili jednomu z těchto mých nepatrných bratří, mně jste učinili“ (Mt 25,40). Základními formami této služby jsou: služba přítomnosti; služba diskrétních rozhovorů; služba liturgických úkonů a služba skryté modlitby.⁵⁵⁶ Duchovní služba v armádě není v žádném případě chápána jako náhrada práce psychologa,⁵⁵⁷ jejím „nesporným a nezastupitelným pastoračním pozitivem je také možnost řešit otázky spojené přímo s náboženským životem vojáků, a to právě v situaci, kdy tvoří jen velmi malou minoritu“.⁵⁵⁸ Z pastoračního hlediska směřuje vojenský kaplan svou službu ke všem příslušníkům rezortu ministerstva obrany – „drtivě většině z nich poskytuje službu, která je částečně mimo tradiční rámec standardní křesťanské pastorační obvyklé v křesťanských společenstvích. Z pohledu termínů pastorační praxe se jedná o tzv. službu přítomnosti (ministry of presence), případně duchovní poradenství (spiritual counseling). Ve vztahu k vojákům, kteří jsou praktikujícími křesťany, není služba vojenského kaplana chápána jako náhrada nebo alternativa standardní pastorační služby církvi, ale jako její doplněk.“⁵⁵⁹

Podíváme-li se na klinickou pastorační péči, lze podobně jako v armádě označit i v nemocnicích prostředí, v němž je služba kaplanů poskytována, za obecně nenáboženské. Klinická pastorační péče je, tak jako vojenská duchovní služba, budována na ekumenickém základě – v nemocnicích spolupracují křesťané různých denominací, a jak uvádí dekret o ekumenismu *Unitatis redintegratio*: „Všichni křesťané mají společným úsilím ve vzájemné úctě vydávat svědectví naší naděje. Všichni křesťané jako nositelé Kristova jména jsou voláni k společnému dílu, jejich spolupráce vyjadřuje živým způsobem spojení, které je již navzájem sjednocuje. To platí jak o spolupráci na poli sociálním, tak o vytváření správného názoru na důstojnost lidské osoby, (...) apod. Touto spoluprací se mohou všichni, kteří věří v Krista, naučit, jak se

⁵⁵⁵ Tamtéž, s. 12.

⁵⁵⁶ HOLUB, T. *Pastorační služba v Armádě České republiky*, s. 8–9.

⁵⁵⁷ Srov. *Smlouva o podmínkách vzniku a působení duchovní služby v resortu Ministerstva obrany*.

⁵⁵⁸ HOLUB, T. *Pastorační služba v Armádě České republiky*, s. 12.

⁵⁵⁹ DUCHOVNÍ SLUŽBA ARMÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Pro zájemce o službu kaplana*. Dostupné na WWW: <<http://www.kaplani.army.cz/pro-zajemce-o-sluzbu-kaplana>>.

navzájem lépe poznávat a mít se v úctě.⁵⁶⁰ Je nabídkou pro všechny, v tomto případě tedy pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a zdravotnický personál s možností tuto službu přijmout nebo ji odmítnout. Stejně jako vojenská duchovní služba má i klinická pastorační péče primárně neevangelizační, v kontextu katolické církve spíše nemisijní, charakter. Služba nemocničního kaplana nesmí být motivována snahou získat nové členy pro svou církev. Křesťanské zakotvení je, stejně jako v armádě, motivací pro službu kaplana, ne však primárním obsahem, který má být nabízen. Rozhovor na náboženské téma nikdy nezačíná kaplan sám, ale až tehdy, otevře-li ho některý pacient, lékař, zdravotní sestra apod. Platí zde stejná zásada jako v armádě, tedy že o náboženství mluví kaplan vždy až jako druhý.

Ačkoli tedy v případě klinické pastorační péče nehovoříme o evangelizaci, mohli bychom – podobně jako v ozbrojených složkách – použít termín preevangelizační pastorační péče, která je založena na službě každému člověku s jeho radostmi a nadějemi, smutkem a úzkostí,⁵⁶¹ neboť, jak již bylo uvedeno výše, II. vatikánským koncilem vykročila církev ke všem lidem, tedy i k lidem, kteří k ní nepatří křtem, vyznáním víry, kteří se o víru a církev dokonce ani nezajímají, nebo se k ní staví odmítavě a nepřátelsky, protože z církve, k níž patří jen její členové, se stala církev identifikující se se všemi lidmi.⁵⁶² Toto vykročení církve ke všem lidem znamená nejen povinnost církve evangelizovat a usilovat o spásu (srov. Mk 16,15), ale také, že předmětem jejího zájmu musí být „celý“ člověk, tedy člověk se svými každodenními, všedními starostmi, jak ukazuje služba vojenských kaplanů. Jestliže se církev, tj. křesťané zabývají problémy, starostmi, úkoly, ale i radostmi lidí v nejrůznějších životních situacích, jak je zmiňuje 1. kapitola pastorální konstituce *Gaudium et spes*, jednají v intencích jednoho ze základních pastorálně-teologických principů, scholastického pravidla *gratia supponit naturam, non destruit, sed elevat et perficit eam* (milost předpokládá přirozenost, neničí ji, ale pozvedá a zdokonaluje). Jinými slovy činnost církve se nemůže vyčerpávat „pouze“ hlásáním víry, „pouhou“ péčí o duši bez vztahu k tělesnému aspektu člověka – tedy k jeho každodennímu, všednímu životu, ale musí respektovat lidskou přirozenost, lidské jednání, které však nelze oddělit od působení Boží milosti. Zejména v oblasti kategoriální pastorační péče, jakou je např. služba vojenských kaplanů, ale rovněž klinická pastorační péče, je důležité uvědomit si tento

⁵⁶⁰ UR 12.

⁵⁶¹ Viz GS 1.

⁵⁶² Srov. SANDER, J. Theologischer Kommentar zur Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute *Gaudium et spes*, s. 585–589.

vztah mezi Bohem a člověkem, mezi vírou a všedním životem, ať již profesním či soukromým, a neoddělitelnost lidské přirozenosti od Boží milosti.

Východiskem pro klinickou pastorační péči může být v tomto smyslu pastorální konstituce *Gaudium et spes*, v níž je uvedeno, že člověk má ve svém srdci zákon vepsaný Bohem a ve svém svědomí – „nejtajnějším středem a svatyní“ může naslouchat Božímu hlasu.⁵⁶³ Každý člověk je navíc způsobem, který zná jen Bůh, spojen s velikonočním tajemstvím⁵⁶⁴ a obě tyto skutečnosti znamenají, že každý člověk je zároveň schopen zakoušet sám sebe jako místo Božího působení. Konečně, „zemřel-li Kristus za všechny a je-li počátkem a koncem celého tvorstva (srov. Kol 1,15–17), je přítomen ve všech lidech, obzvláště v potřebných (Mt 25,31–46). Dává spásu a uskutečňuje „bezejmenné křesťanství.“⁵⁶⁵ A jestliže každá bytost byla stvořena Duchem, který nepůsobí jen v církvi, ale v celém světě, pak jsou v této perspektivě i ti, kteří nejsou křesťany, „už sami o sobě ve svém nitru požehnaní nebo jsou alespoň přístupní, aby jim Bůh se svou nezadržitelnou milostí požehnal, protože chce všechny spasit.“⁵⁶⁶ Klinická pastorační péče by proto ve vztahu k nevěřící či tzv. „alternativně“ věřícím pacientům neměla opomíjet tento důležitý aspekt – působení Boží milosti i v těchto „potřebných“ a měla by se pokusit odkrývat doprovázející Boží přítomnost a blízkost v událostech jejich života, pomáhat vnímat proměňující Boží lásku, neboť, jak uvádí L. Boff, „Boha lze zakusit vždy a v jakékoli situaci, pokaždé, když sestoupíme do hlubin života, tam, kde vykazuje život „štěrbinu“, aby v ní mohl přijmout transcendentno.“⁵⁶⁷ Mezní životní situace, v níž se ocitají pacienti, ale i jejich blízcí v důsledku závažného onemocnění, může být touto „štěrbinou“, v níž se setkává Boží hledání člověka s lidskou odpovědí.

Avšak i klinická pastorační péče sama je „synergií Božího a lidského, nekonečného v omezenosti lidské stvořenosti (...), je zkušeností vydávající se Boží lásky, která se odráží v člověku jako nasazení, které v Kristu překonává hranici lidského směřování ke smrti (je živen ochotou v Kristu zemřít sám sobě)“⁵⁶⁸ a je tak účastí na Božím díle spásy. Tím se klinická pastorační péče odlišuje od výše uvedených pomáhajících profesí. Tato synergie Božího a lidského umožňuje kaplanům vnímat problémy druhých

⁵⁶³ Srov. GS 16.

⁵⁶⁴ Srov. GS 22.

⁵⁶⁵ DE FIORES, S., GOFFI, T. *Slovník spirituality*, s. 921.

⁵⁶⁶ Tamtéž.

⁵⁶⁷ Cit. podle DE FIORES, S., GOFFI, T. *Slovník spirituality*, s. 923.

⁵⁶⁸ AMBROS, P. *Doprovázet, rozlišovat a integrovat: Uvedení do pastorální antropologie*. Olomouc: Refugium Velehrad-Roma, 2016, s. 253.

v jejich obecně lidském rozměru, ale také sloužit pacientovi v obtížné životní situaci tělesného, duševního, ale i duchovního utrpení, doprovázet jej na jeho cestě, vydržet a unést pacientovo utrpení, neutéci od něj, ale pomáhat mu svou přítomností toto utrpení spolu-nést, aniž by u doprovázejícího kaplana došlo např. k protipřenosu, k syndromu vyhoření (*burn-out*) či syndromu vyčerpání ze soucitu (*compassion fatigue*), kterým jsou ohroženi ti, kteří pracují např. s oběťmi katastrof, násilí či jiných trestných činů, ale také s nevléčitelně nemocnými či psychicky nemocnými osobami⁵⁶⁹, neboť kaplan je nejen pevně zakotven ve své víře a v křesťanském společenství, ale především je ve své službě „nesený mocí Boží překračující všechny dopředu stanovené hranice“.⁵⁷⁰ Kaplan je tím, kdo „je s-“ druhým člověkem a sdílí s ním jeho obtížnou situaci, avšak v tomto „bytí s-“ druhým v jeho utrpení je zároveň přítomen Ten, který kaplanovi v této situaci dává oporu, kterou on poskytuje dále trpícím. V této přítomnosti a blízkosti člověku v mezní životní situaci podle Müller-Cyrana implicitně zaznívá Boží příslib Mojžíšovi a jeho lidu „(...) viděl jsem ujařmení svého lidu (...). Znáám jeho bolesti. Sestoupil jsem, abych jej vysvobodil (...)“ (Ex 3,7–8) a zároveň je v ní obsažena zkušenost, že v bolesti a smutku není člověk sám.⁵⁷¹ To ostatně potvrzují i kaplani, které v rámci kvalitativního výzkumu, zaměřeného na identifikaci konkrétních zdrojů nejistot kaplanské role, strategií jejich překonávání a zdrojů opory, oslovila A. Beláňová. Výzkum ukázal, že nejsilnější zdroj opory je zakotven v základním spirituálním vztahu kaplanova života: „Ono to bude znít jako klišé, ale mě drží ta víra v Krista. Bez toho si to nedokážu představit. Ačkoliv jsme nemisijní a neevangelizační, tak prostě ten Kristus za tou mou prací nějak stojí, nějak při ní je, a kdyby nebyl nebo já bych nevěřil, že není, tak by to opravdu postrádalo smysl (nemocniční kaplan).“⁵⁷² Jak Beláňová uvádí, „vztah s Bohem / Kristem je pojítka, které drží pohromadě kaplanův záměr, schopnost vykonávat nejasně vymezenou práci a neustále vstupovat do nových, osobních interakcí s klienty. Tento spirituální vztah je zároveň nejhlubší motivací k jeho práci, neboť kaplanství je služba, ke které by se člověk měl cítit tzv. povolán Bohem. Kaplanská činnost je v tomto smyslu souhlasnou odpovědí na toto povolání. Každá pracovní

⁵⁶⁹ ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi. 2.*, aktualiz. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 47.

⁵⁷⁰ AMBROS, P. *Doprovázet, rozlišovat a integrovat*, s. 253.

⁵⁷¹ Srov. MÜLLER-CYRAN, A. Notfallseelsorge: Seelsorge am Karsamstag. In: GRAULICH, M., SEIDNADER, M. (ed.). *Unterwegs zu einer Ethik pastoralen Handelns*. Würzburg: Echter, 2011, s. 146–147.

⁵⁷² BELÁŇOVÁ, A. Být kaplanem v Česku, s. 39.

zkušenost díky tomuto vnitřnímu přesvědčení nabývá na zvláštním významu (...) a je pro kaplana zdrojem pro potvrzení výjimečnosti a nezastupitelnosti jeho práce.⁵⁷³

Pro kaplana je proto určující jeho vztah k osobě a činům Ježíše Krista – kaplan následuje Krista v jeho sebepřekročení, sebevdání se z lásky k druhému, neboť „Kristova láska ho nutí“ (srov. 2 Kor 5,14). Jak uvádí papež Benedikt XVI., „vědomí, že v Kristu se Bůh sám daroval za nás a že Kristus šel na smrt, nás musí vést k tomu, abychom již nežili pro sebe, nýbrž pro Něho, s Ním a pro druhé.“⁵⁷⁴ V tomto sebevdání, v této *kenozi* spočívá křesťanský aspekt klinické pastorační péče a křesťanská identita nemocničních kaplanů poskytujících tuto péči, která je viditelná ve svědectví, a jak uvádí papež František, vrcholným svědectvím lásky a poslušnosti je kříž. Svatý Pavel se chlubí Bohem, který se stal člověkem a z poslušnosti zemřel. To je podle slov papeže Františka „identita a zároveň svědectví“.⁵⁷⁵ Toto vykročení ze sebe sama, „umírání“ sobě samému ve prospěch druhého člověka se děje v lásce, kterou nám vlil do srdce Bůh a která nám umožňuje vidět a přijímat druhého takového, jaký je v Božích očích, rozumět jeho rozhodnutím a nalézt cestu do nitra bližního; ona sama znamená porozumění.⁵⁷⁶ Klinická pastorační péče „není založena na tom, co děláme, ale jakým způsobem to děláme, kým je tento kontakt s pacientem nesen“⁵⁷⁷ a zásadně se tak odlišuje od pomáhajících profesí. Nelze ji proto srovnávat či zaměňovat ani se sekulárními koncepty péče typu „spiritual care“.

Klinická pastorační péče je však také realizací úkolů církve stanovených v kapitole třetí coby dílčí kritéria v rámci metody *Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie*, tedy *koinonia*, *diakonia*, *leitourgia*, *martyria*, která jsou v klinické pastorační péči uskutečňována a zastoupena různou měrou. Jak teoretická, tak praktická část předložené práce ukázala, že jsou to zejména dvě kritéria, pro která je nejen v celospolečenském a církevním kontextu, ale rovněž v sekulárním prostředí nemocnice příhodný čas (*kairos*), a sice *diakonia* a *martyria*, která se v rámci klinické pastorační péče uplatňují nejen u věřících pacientů, ale především v kontaktu s tzv. „alternativně“ věřícími pacienty při jejich doprovázení či službě pouhou přítomností. Vedle těchto dvou základních forem služby je v nemocnicích poskytována rovněž svátostná a liturgická služba a i v tomto prostředí se tak větší či menší měrou uskutečňuje *leitourgia*.

⁵⁷³ Tamtéž, s. 39.

⁵⁷⁴ DCE 33.

⁵⁷⁵ Srov. FRANTIŠEK. *Křesťanská identita není éterická, nýbrž konkrétní*. Dostupné na WWW: <<http://www.radiovaticana.cz/clanek.php4?id=21976>>.

⁵⁷⁶ Srov. AMBROS, P. *Duchovní – neduchovní*, s. 13–14.

⁵⁷⁷ Tamtéž, s. 15.

Pokud jde o čtvrtý úkol, resp. kritérium – *koinonia*, nelze v případě klinické pastorační péče poskytované nemocničními kaplany dost dobře počítat s existencí křesťanského společenství, v němž se po II. vatikánském koncilu primárně vytváří praxe katolické církve, což může být oprávněnou námitkou. Nemocniční kaplan je však součástí církve, kterou je k výkonu své služby pověřen a vyslán, má své zakotvení v křesťanském společenství, z něhož pastorační péče vyrůstá a které zpřítomňuje paschální tajemství a Krista.⁵⁷⁸ Kaplan – kněz má zpravidla i povinnosti představeného vůči konkrétnímu církevnímu společenství, je tedy profesionálem nejen ve smyslu nezbytné odborné kompetence, nýbrž i pastorační kompetence, která mu „umožňuje aktivně reagovat na existenciální, náboženské a etické souvislosti problému klienta (...)“⁵⁷⁹ a ačkoli se bezpochyby dostává do pozice pomáhající profese, nemůže být jeho činnost považována za náhradu práce psychologů, sociálních pracovníků apod. Jak uvádí T. Halík, „kněžská péče se protíná s psychologií jen v poměrně úzké, nicméně důležité oblasti. Zejména poradenství v krizových situacích. Avšak kněz, na rozdíl od psychologa, disponuje ještě mnoha dalšími a mnohem účinnějšími terapeutickými prostředky, jako jsou svátosti, liturgie, uvádění do života modlitby a meditace a dokonce i kázání, výklad Bible. Kněz, který s vírou moudře a horlivě užívá těchto svěřených hodnot a nedá se vmanévrovat do role sociálního pracovníka, žádným psychologem ani jinou profesí nahrazen být nemůže.“⁵⁸⁰ Jeho duchovní identita je mnohem hlubší a zásadnější než identita spojená s rolí a službou kaplana, duchovním bude pravděpodobně po zbytek svého života, tedy i po skončení služby v nemocnici.⁵⁸¹ Avšak i kaplan – laik je osoba „povolaná“ a ustanovená do veřejné pastorační služby církve a lze předpokládat, že se jeho osobní křesťanská identita odráží v jeho profesní identitě, tedy že „zprostředkovává druhým svou důvěru v přítomnost osvobozujícího a zachraňujícího Boha a činem bliženecké lásky nechává tuto osvobozující a zachraňující přítomnost zakoušet i v jejich životě.“⁵⁸² Klinickou pastorační péčí, která je v tomto případě uskutečňováním především diakonické a martyrologické složky života církve a jejího poslání nejen vůči členům církve, ale i vůči okolnímu světu, proto nelze ani z hlediska realizačních funkcí církve označit primárně za pomáhající profesi.

⁵⁷⁸ Srov. AMBROS, P. *Teologicky milovat církev*, s.102–103.

⁵⁷⁹ DOLEŽEL, J. Co dělá sociální práci křesťanskou? In: OPATRŇ, M., LEHNER, M. a kol. *Teorie a praxe charitativní práce: Uvedení do problematiky. Praktická reflexe a aplikace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, 2010, s. 24.

⁵⁸⁰ HALÍK, T. *Mnoho Čechů se za ateisty pokládá vlastně omylem* (září 2008). Dostupné na WWW: <<http://halik.cz/cs/tvorba/rozhovory/clanek/99/>>.

⁵⁸¹ Srov. HOLUB, T. *Pastorační služba v Armádě České republiky*, s. 10–12.

⁵⁸² LOB-HÜDEPOHL, A. *Soziale Arbeit aus christlicher Hand – ein Problemaufriss*, s. 8.

Klinická pastorační péče je službou jednotlivcům bez ohledu na jejich vyznání, světonázor a hodnotovou orientaci, která – podobně jako výše uvedená duchovní služba v armádě – je jednou z forem kategoriální pastorační péče a stojí tak částečně mimo tradiční rámec standardní křesťanské pastorační péče obvyklé v křesťanských společenstvích, jak již bylo uvedeno. Její označení jako péče pastorační se z tohoto důvodu může jevit jako nepřesné či problematické, zejména je-li výraz *pastorační péče* vnímán především ve spojení s pastýřskou péčí o členy náboženských společenství, neboť klinická pastorační péče je službou přítomností a nasloucháním i nečlenům těchto společenství. Na základě toho však dle našeho názoru nelze klinickou pastorační péčí beze všeho zařadit k pomáhajícím profesím či podřazovat pod sekulární koncept péče typu „spiritual care“.

Klinická pastorační péče není službou, jejímž cílem je zajišťování duchovní a duševní pohody jako jednoho ze servisů poskytovaných v rámci péče o pacienty, ale je starostí o jednotlivého pacienta jako o člověka milovaného Bohem. Nahlíží proto vždy na každého člověka nejen v jednotě a celistvosti jeho tělesné i duševní stránky, s důstojností rozumu, pravdy a moudrosti, navíc však také jako na bytost stvořenou k Božímu obrazu s důstojností jeho svědomí, vznešeností jeho svobody i tajemství jeho smrti ve světle Božího zjevení.⁵⁸³ Podobně to formuluje např. A. Opatrný: „Zásadním východiskem každé pastorační práce má být úcta k člověku jako k osobě, a to Bohem stvořené, dále láska k Bohu a člověku ve smyslu velkého přikázání lásky a pohled na člověka s perspektivou vzkříšení.“⁵⁸⁴ Právě v hraničních životních situacích se ukazuje, že „zkušenost bolesti, selhání, nehotovosti a smrti může být pohnutkou k náboženské pochybnosti nebo i ateismu, ale také častěji je úskalím, o které se roztříští mýty nebo kulturní bůžkové a zjevně se ukáže nesmyslnost života neosvobozeného v nadpřirozeném řádu.“⁵⁸⁵ Klinická pastorační péče není v těchto hraničních situacích ani apologetickou argumentací či řešením problému teodiceje, ale je především autentickým „bytím-s“ postiženým, jak o něm mluví např. papež Benedikt XVI,⁵⁸⁶ není primárně ani vykonáváním církevních úkonů a rituálů, ale je podporou trpících v tom smyslu, že je Bůh neopouští a soucítí s nimi, že jsou Bohem milováni i jako nedokonalí,

⁵⁸³ Srov. GS 12–18.

⁵⁸⁴ OPATRŇÝ, A. *Pastorální teologie pro laiky*, s. 17.

⁵⁸⁵ DE FIORES, S., GOFFI, T. *Slovník spirituality*, s. 923.

⁵⁸⁶ Srov. SS 38; 39.

slabí a zranitelní, protože nedokonalost a fragmentárnost patří k člověku, a že si Bůh přeje jejich dobro, které staví i nad náboženské povinnosti (srov. Mk 3,1–6).⁵⁸⁷

Klinická pastorační péče se v příbězích konkrétních pacientů setkává s dynamičností lidského života, který se právě v mezních životních situacích může otevírat svému vertikálnímu rozměru, transcendentnu a nelze ji proto redukovat pouze na poradenství člověku v životě, v krizích, v otázkách smyslu, protože umožňuje duchovní zkušenost, objevování Božích stop v kontingentních událostech života, v nichž je Bůh trvale přítomen jako tajemství, které nakonec mohou směřovat člověka k zájmu o křesťanskou víru, k Bohu, ke svátostem a do společenství církve. Klinická pastorační péče má rovněž charakter doprovázení, utěšující přítomnosti, společného snášení obtíží, zaměřených na to, aby bylo každému člověku umožněno důstojné lidské bytí před Božíma očima, neboť Bůh se identifikuje s těmi, jejichž důstojnost je ohrožena a povolává člověka k tomu, aby se v událostech, které lidskou důstojnost potlačují či ničí, zachoval lidsky a nikoli nelidsky, tedy aby v souladu s Boží vůlí lidskou důstojnost chránil. Tyto události, v nichž se lidé musí rozhodovat, zda se zachovají lidsky nebo nelidsky a které nejsou zúžené pouze na péči o nemocné, označuje J. Sander za znamení času.⁵⁸⁸ Podpora a pomoc klinické pastorační péče potřebnému člověku, která má svá východiska a motivaci v evangeliu a je zakotvena v křesťanském pojetí života, je tak pomocí k životu, která i třeba nevědomě více či méně směřuje k Bohu jako cíli – proto ji podle A. Opatrného lze i u lidí, kteří se k víře nehlásí, označit za pastorační.⁵⁸⁹

8.4 Pastorační doporučení pro praxi nemocničních kaplanů

Specifičnost sekulárního prostředí, v němž je klinická pastorační péče poskytována a v němž je požadavkem primárně neevangelizační a nábožensky neutrální služba pacientům, zohledňující však jejich spirituální potřeby, může vzbuzovat nejen úvahy nad tím, zda se skutečně jedná o pastorační péči, či spíše o jednu z pomáhajících profesí poskytovanou křesťany, která vnáší do sekulárního prostředí jako přidanou hodnotu tzv. „duchovní rozměr“, ale i nejistotu ohledně role, pozice a identity nemocničních kaplanů. Těmto zdrojům nejistoty a napětí v práci kaplanů se ve svém kvalitativním

⁵⁸⁷ Srov. OPATRŇÝ, M., LEHNER M. a kol. *Teorie a praxe charitativní práce: Uvedení do problematiky. Praktická reflexe a aplikace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, 2010, s. 60.

⁵⁸⁸ Srov. SANDER, H-J. *Theologischer Kommentar zur Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute Gaudium et spes*, s. 725.

⁵⁸⁹ Srov. OPATRŇÝ, A. *Pastorální teologie pro laiky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2016, s. 15–16.

výzkumu, realizovaném od začátku roku 2017 a zaměřeném na „porozumění procesům vyjednávání profesních rolí mezi církvemi a sekulárně definovaným prostředím a sebeumístování ve struktuře institucí a vztazích s klienty“,⁵⁹⁰ věnovala již zmiňovaná A. Beláňová. Výzkumu se zúčastnilo celkem dvanáct kaplanů z církví ŘKC, ČCE, CČSH a Církve adventistů sedmého dne. Nejednalo se přitom pouze o nemocniční kaplany, ale také o kaplany vězeňské, vojenské či hospicové. Pomocí kódování autorka identifikovala několik zásadních zdrojů nejistoty a napětí, pramenících ze specifického postavení kaplana a proticírkevních postojů většinové společnosti, které tematizovala jako:⁵⁹¹ (1) *vyjasňování vlastní role a komplikované zařazení do struktury instituce*, (2) *nejasná očekávání ze strany klientů* a (3) *problematické sdílení zkušeností*.

Výsledky výzkumu mj. ukázaly, že působení kaplanů coby reprezentantů církví v sekulárním prostředí může vést na jedné straně ke stereotypním představám o jejich práci, „typicky nemocniční kaplani se setkávají s představou, že především ‚pacienty utěšují modlitbou‘“,⁵⁹² na druhé straně může přinášet nejistotu z vlastní role – prezentace vlastní osoby ve většině případů zůstává na samotném kaplanovi, který „chodí, obchází pokoje a vysvětluje, co vlastně nabízí ... a není to jednoduché“,⁵⁹³ a z pozice v pracovním prostředí, jak potvrdila např. výpověď bývalé nemocniční kaplanky: „Když člověk není zastrukturovaný, tak se tam za rok či dva ubije“,⁵⁹⁴ dále napětí z pocitu nežádané přítomnosti, kdy „kaplani mohou mít pocit, že ‚nikdo tam vlastně neví, o co jde‘ (bývalá nemocniční kaplanka) a je potřeba neustále klientům individuálně vysvětlovat, jakou službu lze od kaplana očekávat“,⁵⁹⁵ případně také frustraci z toho, že v práci kaplanů se někdy jen velmi těžko sledují konkrétní a okamžité výsledky, které by se daly zhodnotit jako dobré a užitečné, a konečně i nutnost vyrovnat se s bolestí, utrpením a smrtí.⁵⁹⁶ Beláňová na základě svého výzkumu uvádí, že jednou z možných strategií vedoucí k uvolnění případného napětí a nejistoty z pocitu nežádané přítomnosti je přizpůsobení své činnosti klientovým preferencím, aniž by se však kaplan příliš odchýlil od své role náboženského profesionála. Zároveň však konstatuje, že „nejnáročnějším prostředím jsou v tomto ohledu nemocnice, protože

⁵⁹⁰ BELÁŇOVÁ, A. Být kaplanem v Česku, s. 29.

⁵⁹¹ Tamtéž, s. 30.

⁵⁹² Tamtéž, s. 33.

⁵⁹³ Tamtéž.

⁵⁹⁴ Tamtéž, s. 32.

⁵⁹⁵ Tamtéž, s. 35.

⁵⁹⁶ Srov. tamtéž, s. 31–35; s. 38.

pacienti neustále fluktuují, což neumožňuje budování vztahu s konkrétními jednotlivci“.⁵⁹⁷

Způsob a míra začlenění do struktury převážně sekulární instituce a kontext kaplanovy každodenní činnosti – např. vlašný přístup vedení nemocnice či nezájem pacientů o interakci s kaplanem tak mohou vzbuzovat otázky ohledně sebepojetí klinické pastorační péče, jak bylo uvedeno výše, či pastorační smysluplnosti ve službě nemocničního kaplana. Na ohrožení pastorační smysluplnosti upozorňuje např. T. Holub a ačkoli vychází ze zkušeností z vojenského prostředí, některá rizika se mohou týkat i práce nemocničních kaplanů. Jedná se např. o „moralizující pojetí duchovní služby, stažení se do nabídky pouze expertní pomoci bez aktivní snahy o trvalou ‚službu přítomností‘ (vyplývající z výslovného a pohrdlivého odmítnutí ze strany těch, ke kterým je kaplan poslán)“, neboť „někdy se nepodaří s klientem navázat ani jednoduchou uspokojující interakci, natož rozvinout možnost doprovázení“,⁵⁹⁸ dále „podlehnutí touze navenek prezentovat své úspěchy – nepatřičná orientace na prokazatelnou činnost (ve snaze zabránit tomu, aby se kaplan dostal do pozice zbytečného, který není schopen doložit smysluplnost a důležitost své služby pro kvalitu celku)“,⁵⁹⁹ což na základě svého výzkumu potvrzuje i A. Beláňová: „K překonání nejistoty ve vztahu k personálu kaplan musí prokázat výsledky své práce“,⁶⁰⁰ nebo „neochotu či vnitřní neschopnost adaptovat navyklý a většinový způsob ‚farní pastorače‘ zásadně jiným podmínkám, nárokům i teologickým východiskům pastorační služby (...)“.⁶⁰¹ Vedle pozitiv kaplanské služby, jakými je např. „prohloubení vnímavosti k postojům a ke stylu života u lidí, kterým nebyla dána milost víry a pochopení křesťanských hodnot“,⁶⁰² tak může výše zmíněný způsob pastoračního zasazení kaplana do sekulárního prostředí nemocnice znamenat i určitá rizika, která je třeba včas rozpoznat a vědomě proti nim bojovat.⁶⁰³

Ačkoli není v předložené práci v rámci závěrečného kroku Zulehnerovy metody – *Praxeologie* cílem navrhnout novou, jinou, lepší praxi, jak bylo zmíněno v úvodu osmé kapitoly, přesto je z pohledu praktické teologie namístě upozornit v souvislosti s výše uvedenou problematikou na možnost a vhodnost vytvoření tzv. pastoračního konceptu,

⁵⁹⁷ Srov. tamtéž, s. 37.

⁵⁹⁸ BELÁŇOVÁ, A. Být kaplanem v Česku, s. 38.

⁵⁹⁹ HOLUB, T. *Pastorační služba v Armádě České republiky*, s. 12–14.

⁶⁰⁰ BELÁŇOVÁ, A. Být kaplanem v Česku, s. 32.

⁶⁰¹ HOLUB, T. *Pastorační služba v Armádě České republiky*, s. 14.

⁶⁰² Tamtéž, s. 12.

⁶⁰³ Srov. tamtéž, s. 12–13.

který, jak uvádí teoložka Doris Nauerová, je potřebný pro ty, kteří pracují jako profesionální, církví vyslaní křesťanští pracovníci, ať již jsou to kněží, jáhni, řeholníci, pastorační pracovníci apod. Pastorační koncept přitom není popisem náplně jejich práce, ale je zaměřen na to, aby křesťanskému pracovníkovi pomohl vnímat a prohloubit specificky křesťanskou dimenzi vlastní činnosti. Umožňuje vzájemně sladit obsahy, cíle, každodenní praxi a metodické postupy smysluplným a pochopitelným způsobem, a srozumitelným jazykem přiblížit tuto činnost kolegům v zaměstnání, zástupcům jiných profesí, zainteresovaným lidem a těm, kterým je pastorační péče poskytována. Pastorační koncepty proto významným způsobem přispívají k tomu, aby křesťanští pracovníci mohli vymezit svou činnost nejen v církevním kontextu, ale aby zdomácněli i v mimocírkevních strukturách a institucích.⁶⁰⁴ Podle Nauerové je vysoce pravděpodobné, že vlastní pastorační zkušenosti a osobní vývoj povedou k tomu, že zvolený koncept bude v průběhu profesního života modifikován nebo vyměněn za jiný. Pastoračním konceptem tak můžeme rozumět dynamický konstrukt, který musí být vždy znovu aktualizován, a to nejen těmi, kteří jej koncipovali, nýbrž i těmi, kteří jej recipují. Je proto úkolem pastorálních teologů konstruktivně a kriticky reflektovat pastorační zkušenosti křesťanských pracovníků a na jejich základě vytvořit, případně modifikovat vědecký koncept, jehož vhodnost bude prověřena v každodenní pastorační praxi.⁶⁰⁵

Pastorační koncepty, kterých Nauerová ve své knize *Seelsorgekonzepte im Widerstreit* uvádí třicet, tvoří následující obsahové základy:⁶⁰⁶ *obecný přehled: protagonisté konceptu, základní informace, terminologie; definice, popis obsahu a stanovení cíle pastorační péče; teologický základ konceptu a za ním stojící obraz Boha; obraz člověka a (v našem případě) chápání nemoci; intra- a interdisciplinární spolupráce; role a kompetenční profil pastoračního pracovníka; specifikace konceptu pro každodenní pastorační praxi a volba metod.* Všechny pastorační koncepty pak obsahují tři základní perspektivy: *teologicko-biblickou, psychologicko-terapeutickou a sociologicko-politologickou* vycházející z povahy konceptu jakožto konceptu pastorálně-teologického a z interakce s lidmi v sociálních vazbách. Koncepty mimo jiné ukazují, že pastorační péči lze chápat nejen jako zvěstování víry, nabídku k obrácení na křesťanskou víru, umožnění duchovní zkušenosti, začlenění do církevních společenství víry, ale např. také jako doprovázení, utěšující přítomnost, společné snášení obtíží, které

⁶⁰⁴ Srov. NAUER, D. *Seelsorgekonzepte im Widerstreit: Ein Kompendium*. Stuttgart: Kohlhammer, 2001, s. 13.

⁶⁰⁵ Srov. tamtéž.

⁶⁰⁶ Srov. tamtéž, s. 20.

je v posledku zaměřeno na to, aby bylo umožněno každému člověku lidské bytí na základě jeho vlastní religiozity před Božíma očima, či jako prorockou mezilidskou službu, která se zastává druhých, je pomáhající a solidární podporou chudých, lidí na okraji, utlačovaných apod.

Protože pastorační péče dnes již není realizována pouze v křesťanských společenstvích, ale stále více v sekulárních kontextech, musí být křesťanští pracovníci z důvodu vlastní věrohodnosti, akceptovatelnosti a strukturální zakotvenosti schopni reflektovat svou činnost v interdisciplinárním diskursu, tj. umět ji obsahově a metodicky popsat ve vztahu k jiným profesím. Pastorační koncepty jim tak dávají nejen obsahový teologický profil, ale zároveň je zakotvují v jejich vlastní křesťanské a spirituální tradici.⁶⁰⁷ Klinická pastorační péče proto může poskytnout zpětnou vazbu praktické teologii, která se jakožto teologická disciplína vycházející z Písma, Božího sebesdílení a z tradice, zároveň však reflektující i dosavadní praxi člověka, jeho konkrétní situaci, může spolupodílet na vytvoření profesního a kompetenčního profilu těch, kteří v nemocnicích pracují jako nemocniční kaplani.

Výše uvedené je důležité zejména v prostředích charakterizovaných multidisciplinarností, jejichž typickým příkladem jsou nemocnice. Podle Nauerové je to právě duchovní péče, která dnes může oslovit i lidi stojící mimo církevní struktury. Církev tak mohou dnešním lidem zprostředkovat svou specificky křesťanskou zvěst nejen verbálně, ale mohou jim ji nechat reálně zakusit – v tomto smyslu může být klinická pastorační péče významná právě pro ty, kteří nemají téměř žádný vztah k církvi a k víře. Jak Nauerová dále uvádí, pastorační péče by se tak mohla stát mostem mezi církvemi a sekularizovaným člověkem, neboť významnou měrou napomáhá zprostředkování obrazu církve směrem do společnosti.⁶⁰⁸ To ostatně koresponduje i s vizí církve jako „polní nemocnice“ a s její terapeutickou úlohou, jak o ní hovoří a jak ji požaduje papež František. Pastorační koncept se tak jeví nejen jako vhodný nástroj reflexe vlastní pastorační činnosti nemocničního kaplana, ale i prezentování jeho činnosti navenek.

Jestliže byla v předchozí podkapitole položena otázka, zda má být klinická pastorační péče zejména ve vztahu k tzv. „alternativně“ věřícím pacientům chápána jako péče pastorační či jako pomáhající profese, pak právě pastorační koncept může napomoci vnímání klinické pastorační péče jako péče zakotvené v křesťanské tradici

⁶⁰⁷ Srov. tamtéž, s. 435.

⁶⁰⁸ Tamtéž.

a teologii, vykonávané těmi, pro něž je život a smrt Ježíše Krista výrazem služby druhým a zdrojem vlastní motivace pro službu bližnímu, která se projevuje v konkrétním pomáhajícím jednání. Zároveň může napomoci pohledu na klinickou pastorační péči jako na službu, která může v nemocnicích – na rozdíl od pomáhajících profesí – poskytnout i existenciální orientaci a měřítko hodnot, neboť otázky po smyslu života a lidské existence nejsou biomedicínským vědám vlastní a přece se bez nich nelze obejít, a to zejména tehdy, setkávají-li se zdravotničtí pracovníci, pacienti a jejich blízcí se skutečností utrpení a smrti. Klinická pastorační péče tak může přispívat k humanizaci medicíny a k odklonu od technokratické praxe, stejně jako pomáhat při řešení etických problémů různých lékařských oborů a zdravotní péče⁶⁰⁹ a ozřejmit tak svou specifičnost a odlišnost od pomáhajících profesí i sekulárních konceptů péče o spirituální potřeby pacientů typu „spiritual care“.

Cílem této podkapitoly není předložit hotovou podobu ani návrh pastoračního konceptu, neboť jeho tvorba musí vycházet především z potřeb a zkušeností samotných kaplanů a reflektovat specifičnost kontextu každé nemocnice a oddělení, v jehož rámci kaplani působí. Pastorační koncept by si tak měl vytvářet každý kaplan sám mimo jiné na základě možností dané situace. Jeho potřeba je vyvolána praxí, jak bylo výše uvedeno, nelze ji proto teoreticky naplánovat tak říkajíc „od stolu“ bez přihlédnutí ke konkrétní situaci konkrétních kaplanů. Z tohoto důvodu proto není pastorační koncept v této podkapitole blíže formulován, tím však není vyloučena možnost upozornit na přínos takového konceptu, jeho důležitost a užitečnost nejen z hlediska práce kaplanů, ale i z hlediska adresátů pastorační péče či strukturálně organizačního kontextu, v jehož rámci je pastorační péče poskytována, a to zejména s ohledem na výše uvedenou problematiku možných nejistot a rizik kaplanské služby.

8.5 Shrnutí

Závěrečná, osmá kapitola spadá pod poslední ze tří kroků Zulehnerovy metody – *Praxeologie*, kterým se uzavírá struktura celé práce a v němž vyúsťují kapitoly předchozí. Zabývá se klinickou pastorační péčí v sekulárním českém kontextu, konkrétně otázkou kritérií relevantních pro její vlastní praxi a otázkou sebepojetí v tomto kontextu. Navazuje tak na poznatky předchozích kapitol, které ukázaly, že se praxe církve/í v České republice uskutečňuje v prostředí, které je silně poznamenané

⁶⁰⁹ Srov. SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha: Univerzita Karlova, 1991, s. 7.

nezájmem většinové české veřejnosti o náboženské otázky, víru a zejména náboženské instituce. Českou společnost sice nelze označit za jednu z „nejateističtějších“ v evropském prostoru, jak je někdy mylně uváděno, avšak spirituální zájmy nezanedbatelné části Čechů nelze spojovat ani s tzv. „tradiční“ spiritualitou, nýbrž se spiritualitou „alternativní“, která nachází velký prostor zejména v oblasti zdraví a nemoci, jak ukázala kapitola čtvrtá a jak potvrdila i praktická část předložené práce.

Do této oblasti vstupuje i církev, pro niž právě nemoc, umírání a smrt představují jednu z oblastí, které vždy věnovala svou pastorační pozornost vědoma si svého poslání sloužit lidem v obtížných životních situacích, vydávat svědectví o křesťanské víře a naději a následovat tak Krista, jehož praxe je hlavním měřítkem pro praxi církve. V této oblasti vychází církev i dnes vstříc „potřebným“ v osobách těžce nemocných či umírajících pacientů, jejich blízkých, ale i zdravotnických pracovníků, jimž nabízí podporu a doprovázení v podobě tzv. klinické pastorační péče. Právě péče, kterou poskytují církve těžce nemocným a umírajícím včetně duchovní opory, se v průzkumech veřejného mínění, ale i v sociologických výzkumech ukázala být onou oblastí činnosti, kterou oceňují i ti Češi, kteří se jinak o církve nezajímají či k nim mají odmítavý postoj, jak je patrné z kairologické části předložené práce.

I přes tuto pozitivně vnímanou zástupnou funkci církví ve společnosti, o níž bylo pojednáno v jedné z kapitol, však představuje „alternativní“ spiritualita pro křesťanské církve, resp. pro klinickou pastorační péči významnou „konkurenci“, neboť právně v ní a nikoli v křesťanství hledá – podle výsledků výzkumu *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných* – řada pacientů se závažným onemocněním odpověď na základní existenciální otázky, stejně jako zdroje naděje, posily a opory. Tato skutečnost proto vyžaduje stanovení toho, pro která kritéria, definovaná výše v kapitole třetí, je pro praxi církve v oblasti péče o nemocné nyní a zde příhodný čas, aby byla církev schopna oslovit i nevěřící či „jinak“ věřící, a která se mohou uplatnit jak v celospolečenském kontextu, tak v konkrétní praxi klinické pastorační péče.

V celospolečenském i v církevním kontextu se stal východiskem pro stanovení těchto kritérií požadavek papeže Františka, aby církev byla „polní nemocnicí“ a vycházela vstříc všem lidem v jejich těžkostech a utrpení, a to bez ohledu na vyznání, jak ukázala předchozí kapitola. Z ní rovněž vyplynulo, že lze určit dvě kritéria, pro která je v naší společnosti příhodný čas, *kairos*, a to kritérium služby bližnímu – *diakonické* a s ním související kritérium *martyrologické*, a dále, že metafoře církve jako „polní

nemocnice“ patrně nejlépe odpovídá kategoriální pastorační péče, jejíž jednou z forem je právě klinická pastorační péče. Osmá kapitola na tyto poznatky navázala a na jejich základě zkoumala, zda se zmíněná kritéria mohou uplatnit i v převážně sekulárním prostředí nemocnic ve vztahu k tzv. „alternativně“ věřícím pacientům, aby klinická pastorační péče mohla dostát svému zaměření na široké spektrum „klientů“, nejen na věřící, a mohla odpovídajícím způsobem reagovat na jejich spirituální, existenciální, případně i náboženské potřeby.

Za tímto účelem byly využity výsledky výzkumu *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných*, které ukázaly, že mezní životní situace otevírá i u tzv. „alternativně“ věřících pacientů prostor pro existenciální otázky, které sice nemusí být vždy okamžitě zřejmé, nejsou-li výslovně artikulovány, jsou však často implicitně přítomné ve vyprávění pacientů a mohou se dotýkat i hlubší roviny pacientova života. V těchto vyprávěních bylo možné identifikovat témata, která sami respondenti v rámci uvedeného výzkumu opakovaně zmiňovali, z nichž některá (rodina a práce) byla společná jak „tradičně“, tak „alternativně“ věřícím, jiná (potřeba celostního přístupu, křesťanství jako zkušenost z dětství, „alternativní“ medicína a byznys se zdravím) uváděla výlučně druhá skupina respondentů. Jak rozhovory s respondenty ukázaly, umožňují tato témata navázat kontakt i s těmi pacienty, pro něž představuje v období závažného onemocnění opěrný systém právě „alternativní“ spiritualita, a křesťanství, reprezentované v nemocnicích klinickou pastorační péčí, může jejich prostřednictvím rozvinout svou diakonickou i martyrologickou dimenzi – může nabídnout prostor pro tematizaci otázek, ale také prostor pro mlčení a prosté spolu-bytí. Osmá kapitola tedy potvrdila, že z dílčích kritérií stanovených v prvním kroku předložené práce *Kriteriologie* jsou to právě *diakonia* a *martyria*, která se uplatňují nejen v celospolečenském kontextu, jak ukázala kapitola sedmá, ale i v prostředí nemocnic v kontaktu s tzv. „alternativně“ věřícími pacienty a klinická pastorační péče tak má i v konfrontaci s „alternativní“ spiritualitou potenciál oslovit tyto pacienty.

Specifický charakter klinické pastorační péče vyplývající především z jejího primárně neevangelizačního charakteru, adresátů, z nichž jen malou část tvoří věřící, a prostředí sekulární, silně profesionalizované instituce, v níž je přítomnost náboženství nesamozřejmá, byl dále předmětem úvah o sebepojetí klinické pastorační péče, a to ve smyslu jejího chápání jako pastorační péče, či pomáhající profese s „přidanou hodnotou“ duchovního rozměru. Východiskem zde bylo mj. pojetí kaplanské služby

v Armádě České republiky a charakter kategoriální pastorační péče, na jejichž základě a na základě další teologické reflexe byl učiněn závěr, že ačkoli se klinická pastorační péče setkává v řadě aspektů s pomáhajícími profesemi a naopak se liší od tradiční farní pastorační péče, lze na ni – podobně jako v armádě – nahlížet jako na preevangelizační pastorační péči.

Osmá kapitola dále ukázala, že právě specifická prostředí, v němž je klinická pastorační péče poskytována, může být zdrojem nejistot, týkajících se role nemocničních kaplanů, jejich pozice ve struktuře nemocnice a může vést k ohrožení pastorační smysluplnosti. V této souvislosti proto bylo v osmé kapitole poukázáno na vhodnost vytvoření pastoračního konceptu, který dnes nachází uplatnění zejména v sekulárních kontextech charakterizovaných multidisciplinarností, jakým jsou právě nemocnice. Pastorační doporučení, týkající se pastoračního konceptu, není oním návrhem změněné, nové, lepší praxe v porovnání s praxí předešlou, jak o ní hovoří poslední krok Zulehnerovy metody *Praxeologie*. Jedná se o doporučení reflektující především potřebu umět obsahově a metodicky popsat kaplanskou činnost resp. klinickou pastorační péči jak vůči jiným profesím v nemocnici, tak vůči zainteresovaným lidem a těm, komu je tato péče poskytována. Přínosem pastoračního konceptu je i možnost reflexe pastorační činnosti nemocničního kaplana, přispívající k vědomí jeho zakotvenosti ve vlastní křesťanské tradici, což se ukazuje být důležité právě v sekulárním prostředí v kontaktu s „jinak“ věřícími pacienty a v konfrontaci s jejich „alternativní“ spiritualitou.

Osmá kapitola tak doplnila a ucelila pohled na téma této práce, obsažené v jejím názvu v otázce, zda je mezní životní situace těžce nemocných a umírajících pacientů prostorem pro etablované náboženství, rozumějme křesťanství, či „alternativní“ spiritualitu, která byla položena i v úvodu předložené práce a podrobně reflektována v šesté a následně i v sedmé kapitole. Ačkoli, jak z těchto kapitol vyplynulo, se celospolečenský kontext promítá i do prostředí nemocnic v podobě zájmu o nejrůznější alternativní metody, s nimiž je klinická pastorační péče konfrontována, a prostředí sekulární instituce může být zdrojem nejistot, napětí a otázek týkajících se identity kaplanské služby, ukázala kritéria, stanovená v osmé kapitole pro pastorační praxi, že křesťanství v podobě klinické pastorační péče má své místo a opodstatnění i v prostředí, v němž věřící pacienti, jejich blízcí či věřící zdravotničtí pracovníci tvoří naprostou menšinu, neboť dokáže být partnerem v rozhovoru, ale také v mlčení a naslouchání i „jinak“ věřícím pacientům, případně jim poskytnout kvalifikované odpovědi na

náboženské či etické otázky, projeví-li o ně zájem, jak bylo uvedeno výše. Kritérium martyrologické, založené na kenotickém aspektu kaplanské služby, je pak zároveň odpovědí na otázku po křesťanské identitě nemocničních kaplanů tváří v tvář „alternativní“ spiritualitě a sekulárnímu kontextu, v němž je jejich služba poskytována, a odlišuje klinickou pastorační péči od pomáhajících profesí.

ZÁVĚR

Cílem předložené disertační práce, který je vymezen již jejím samotným názvem, bylo zodpovědět otázku, zda se v mezní životní situaci, v našem případě v situaci závažného onemocnění, otevírá u pacientů prostor pro etablované náboženství – v kontextu České republiky křesťanství, reprezentované v nemocnicích tzv. klinickou pastorační péčí, či pro různé druhy „alternativní“ spirituality, se kterou se lze v tomto prostředí rovněž setkat, a jakou úlohu či podobu má mít v dnešní době křesťanská pastorační péče v systému převážně sekulárních českých nemocnic v konfrontaci s různými podobami této „alternativní“ spirituality, aby byla schopna oslovit i „jinak“ věřící či nevěřící pacienty.

Podnětem pro tyto úvahy byl zejména současný kontext české společnosti charakterizovaný nezájmem Čechů o institucionalizovanou podobu náboženství na jedné straně, zároveň však poměrně velkým zaujetím pro tzv. „alternativní“ spiritualitu na straně druhé, jak doložila řada sociologických výzkumů či průzkumů veřejného mínění nejen české provenience, které vyvracejí tradiční označení České republiky jako jedné z „nejateističtějších“ zemí v evropském prostoru. Významnou roli zde sehrály i podněty ze sousedních německy mluvících zemí, v nichž je již řadu let předmětem diskusí téma tzv. „spiritual care“ jako sekulárního interdisciplinárního konceptu péče o pacienta, úzce souvisejícího se širokým pojetím pojmu spirituality a s jeho postupným etablováním v medicíně, a vztahu „spiritual care“ ke klinické pastorační péči.

Po úvodu a východiscích práce byly nejprve definovány termíny, které jsou v průběhu předložené práce opakovaně používány, mezi nimi i pojem „spiritualita“, a jejich chápání pro účely této práce. Zároveň byl vytvořen rámec celé práce pomocí jedné z metod praktické teologie, a to metody *Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie* rakouského teologa P. M. Zulehnera. Pomocí této metody byla v **kapitole třetí** stanovena základní a dílčí kritéria pro praxi církve.

V následující **čtvrté a páté kapitole** byl v rámci druhého kroku Zulehnerovy metody *Kairologie* přiblížen současný společenský kontext, v němž je v České republice realizována praxe církve, a to jak v obecné rovině, tak konkrétně v oblasti péče o nemocné. Jak **kapitola čtvrtá** ukázala, je tento kontext charakterizován především dvěma skutečnostmi. První z nich je přetrvávající nedůvěra Čechů v náboženské instituce a nízká míra deklarované religiozity na jedné straně a značný zájem o tzv. „alternativní“ spiritualitu – astrologii, víru v amulety, horoskopy, schopnosti věštců,

léčitelů apod. na straně druhé. Zájem o různé druhy „alternativní“ spirituality se přitom promítá zejména do oblasti zdraví a nemoci, je však spojen i s hledáním pomoci v případě problémů psychických, vztahových, pracovních apod. Druhou skutečností je vnímání církví jako přirozené součásti společnosti, s nimiž si Češi i přes nedůvěru či nezájem, které vůči nim chovají, spojují některé pozitivně hodnocené aktivity jako jsou např. charitativních sbírky, provoz azylových domů a zejména pak péče o staré, nemocné a umírající lidi. Tento dvojitý přístup české veřejnosti k církvím lze vysvětlit tzv. zástupnou funkcí církví, jak o ní hovoří např. Zdeněk R. Nešpor, která je patrná nejen v České republice, a která ukazuje, že i lidé, kteří se běžně o církve nezajímají, se ve složitých osobních životních situacích, v období společenských krizí či v psychicky náročných prostředích, jakými jsou např. nemocnice, hospice, vězení či armáda, na církve dočasně obracejí, aniž by však měli zájem stát se trvale jejich členy.

Na základě výše uvedeného byla v **kapitole páté** představena činnost církví na poli péče o nemocné, jakožto „potřebné“ dnešní doby a adresáty „opce pro chudé“ – tzv. klinická pastorační péče. Pozornost byla věnována jak počátkům jejího zavádění v českých nemocnicích po roce 1989 a různým obtížím s tím spojeným, tak i dalšímu vývoji v této oblasti od založení dvou asociací nemocničních kaplanů až do současnosti. Kapitola nabídla i pohled do zahraničí, konkrétně do sousedních německy mluvících zemí, na výše zmíněnou „spiritual care“ jakožto sekulární koncept péče o nemocné a její vztah ke klinické pastorační péči. Toto téma sice není v České republice v současné době aktuální, je však důležité pro úvahy nad sebepojetím klinické pastorační péče i u nás, neboť naznačuje tendenci nahrazovat církvemi poskytovanou pastorační péči široce pojatou spirituální péčí v rámci tzv. „spiritual care“, v rámci níž se křesťanská pastorační péče stává pouze jedním z mnoha konceptů péče o spirituální potřeby pacientů.

Zjištění z teoretické části práce se následně stala východiskem pro část empirickou, obsaženou v **šesté kapitole**, která zkoumala kontext, v němž se v České republice odehrává praxe církve/í v oblasti péče o nemocné, a to v praktické rovině, na základě kvalitativního výzkumu realizovaného za finanční podpory Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v rámci grantového projektu specifického výzkumu GAJU č. 0128/2018/H, který se zabýval vlivem závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných. Analýza získaných dat ukázala, že v době závažného onemocnění dochází ke změně stávající spirituality jak „tradičně“, tak „alternativně“ věřících respondentů ve smyslu jejího upevnění, prohloubení, posílení

a v případě tzv. „alternativně“ věřících i k rozšíření zájmu o další alternativní praktiky, nikoli však o křesťanství. Jestliže bylo ve skupině „tradičně“ věřících respondentů možné vysledovat jistou míru otevřenosti vůči „alternativní“ spiritualitě, byť byl tento zájem ve většině případů veden primárně snahou o uzdravení v oblasti tělesné, byl u respondentů ze skupiny „alternativně“ věřících zájem o „tradiční“, křesťanskou spiritualitu naprosto minimální. V souvislosti s otázkou, položenou v samotném úvodu práce, tedy zda je závažné onemocnění prostorem pro tzv. „tradiční“ či tzv. „alternativní“ spiritualitu, bylo možné konstatovat, že ke slovu přichází obojí, a to podle spirituální orientace pacientů. Závažné onemocnění bezpochyby otevírá prostor pro spiritualitu, nikoli však nutně a pouze spiritualitu „tradiční“.

Odpovědi respondentů byly následně v **sedmé kapitole** nazvané *teologický výklad* (*theologische Deutung*), porovnány s východisky teoretické části práce. Srovnání ukázalo, že výpovědi respondentů korespondují s názory většinové české populace na církev, vyjádřenými v průzkumech veřejného mínění, a s vývojem, ke kterému u nás po tzv. sametové revoluci došlo, naznačilo však také značný potenciál církvi v oblasti péče o nemocné a umírající, jak již bylo uvedeno výše. Ve druhé části této kapitoly bylo proto zkoumáno, jakou podobu by měla v této situaci mít praxe církve, aby byla schopna oslovit i lidi od církvi distancované, jinými slovy bylo zjišťováno, k naplnění kterého z kritérií resp. cílů stanovených v kapitole třetí je zde a nyní příhodný čas. Východiskem se stala metafora církve jako „polní nemocnice“ papeže Františka, zdůrazňující především terapeutickou úlohu církve, která ukázala, že v celospolečenském kontextu jsou to zejména dvě kritéria, pro která je příhodný čas (*kairos*), a to kritérium služby bližnímu, *diakonia* a svědectví vlastního života, *martyria*. Sedmá kapitola zároveň naznačila, že metafoře církve jako „polní nemocnice“ svým stylem pastorační péče patrně nejlépe odpovídá tzv. kategoriální pastorační péče, kterou v oblasti péče o nemocné a umírající představuje klinická pastorační péče.

Určením zmíněných kritérií však ještě nebyla zodpovězena otázka, zda jsou právě tato kritéria relevantní i pro praxi církve v prostředí nemocnic. Závěrečná, **osmá kapitola**, zařazená pod třetí krok Zulehnerovy metody *Praxeologie*, se proto zabývala touto otázkou, kterou zasadila do širšího kontextu, a sice sebepojetí klinické pastorační péče v sekulární instituci a v konfrontaci s tzv. „alternativní“ spiritualitou. Na základě výsledků z empirické části předložené práce byla nejprve vybrána respondenty nejčastěji zmiňovaná témata, která ukázala, že klinická pastorační péče může jejich prostřednictvím navázat kontakt i s pacienty, kteří se o církev a křesťanství nezajímají

a může rozvinout nejen svou diakonickou, ale i martyrologickou dimenzi, že tedy *diakonia* a *martyria* jsou ona dvě kritéria, která se uplatňují nejen v celospolečenském kontextu, ale i ve vztahu k tzv. „alternativně“ věřícím pacientům. Specifičnost prostředí, v němž je klinická pastorační péče poskytována, která je dána jak požadavkem nábožensky neutrálního a primárně neevangelizačního charakteru této péče, tak různou „spirituální orientací“ jejich příjemců, byla následně podnětem k úvaze nad sebepojetím klinické pastorační péče ve smyslu jejího pastoračního charakteru či příslušnosti k pomáhajícím profesím. Inspirací zde byla v jistém smyslu obdobná forma kategoriální pastorační služby v Armádě České republiky. Na základě jejího pojetí jakožto preevangelizační pastorační služby přizpůsobené zvláštní kategorii osob ve specifickém prostředí ozbrojených složek, které lze v řadě ohledů vztáhnout i na klinickou pastorační péči, a na základě další teologické reflexe bylo konstatováno, že ačkoli se klinická pastorační péče s pomáhajícími profesemi v řadě aspektů setkává a naopak se liší od tradiční farní pastorační služby, lze ji – podobně jako v armádě – označit za preevangelizační pastorační službu. Jak osmá kapitola dále ukázala, specifičnost prostředí, v němž je klinická pastorační péče vykonávána, vyvolává nejen úvahy ohledně jejího možného zařazení k pomáhajícím profesím, ale může být i zdrojem nejistot souvisejících s rolí a pozicí nemocničních kaplanů v pracovním prostředí sekulární instituce. Proto bylo do této kapitoly zařazeno i pastorační doporučení pro praxi nemocničních kaplanů týkající se vhodnosti tvorby pastoračního konceptu.

Závěrem je třeba zdůraznit, že nemá-li být v budoucnu křesťanská pastorační péče vytěsněna ze sekulárních institucí do soukromé sféry či ztotožněna se sekulárním pojetím „spiritual care“, jak bylo uvedeno výše, je potřebné, aby si i v sekulární, silně profesionalizované instituci, v níž je náboženství přinejmenším nesamozřejmé, byla neustále vědoma své vazby na křesťanskou církev, ke které náleží, na její teologii a na křesťanskou tradici, ze které vychází, aby neztratila svou diakonicko-profetickou úlohu a aby plnila své evangelizační poslání mj. například tím, že bude přispívat k humanizaci medicíny. Má-li být klinická pastorační péče věrohodnou nabídkou pro všechny lidi, musí být profesionální nejen po odborné stránce, ale musí být navíc i schopna jasně a srozumitelně prezentovat své teoretické základy, metody a formy působení, a to jak směrem k instituci, tak i směrem k veřejnosti.

Seznam použitých zdrojů

Bible

Bible. Písmo svaté Starého a Nového zákona. Český ekumenický překlad. Praha: Zvon, 1991. ISBN 80-7113-009-5.

Církevní dokumenty

BENEDIKT XVI. *Deus caritas est: Encyklika o křesťanské lásce.* 3. revid. vyd. Praha: Paulínky, 2006. ISBN 80-86949-03-6.

BENEDIKT XVI. *Spe salvi: Encyklika O křesťanské naději* z 30. listopadu 2007. Praha: Paulínky, 2008. ISBN 978-80-86949-41-3.

DOKUMENTY II. Vatikánského koncilu. *Deklarace o náboženské svobodě Dignitatis humanae* ze 7. prosince 1965. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-467-9.

DOKUMENTY II. Vatikánského koncilu. *Dekret o apoštolátu laiků Apostolicam actuositatem* z 18. listopadu 1965. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-467-9.

DOKUMENTY II. Vatikánského koncilu. *Dekret o ekumenismu Unitatis redintegratio* z 21. listopadu 1964. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-467-9.

DOKUMENTY II. Vatikánského koncilu. *Dekret o misijní činnosti církve Ad gentes* ze 7. prosince 1965. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-467-9.

DOKUMENTY II. VATIKÁNSKÉHO KONCILU. *Pastorální konstituce o církvi v dnešním světě Gaudium et spes* ze 7. prosince 1965. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-467-9.

DOKUMENTY II. VATIKÁNSKÉHO KONCILU. *Věroučná konstituce o církvi Lumen gentium* z 21. listopadu 1964. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-467-9.

FRANTIŠEK. *Amoris laetitia: Posynodální apoštolská exhortace o lásce v rodině* z 8. dubna 2016. Praha: Paulínky, 2016. ISBN 978-80-7450-225-5.

FRANTIŠEK. *Christus vivit: Posynodní apoštolská exhortace k mladým lidem i k celému Božímu lidu* z 25. března 2019. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2019. ISBN 978-80-7566-167-8.

FRANTIŠEK. *Evangelii gaudium: Apoštolská exhortace o hlásání evangelia v současném světě* z 24. listopadu 2013. Praha: Paulínky, 2014. ISBN 978-80-7450-118-0.

FRANTIŠEK. *Laudato si': Encyklika o péči o společný domov* z 24. května 2015. Praha: Paulínky, 2015. ISBN 978-80-7450-187-6.

JAN PAVEL II. *Centesimus annus: Encyklika Jana Pavla II. ke 100. výročí Rerum novarum* z 1. května 1991. Praha: Zvon, 1996. ISBN 80-7113-154-7.

JAN PAVEL II. *Evangelium vitae: Encyklika O životě, který je nedotknutelné dobro* z 25. března 1995. Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-139-3.

JAN PAVEL II. *Christifideles laici: Posynodní apoštolský list O povolání a poslání laiků v církvi a ve světě* z 30. prosince 1988. Praha: Zvon, 1996. ISBN 80-7113-162-8.

JAN PAVEL II. *Redemptor hominis: Encyklika* ze 4. března 1979. Praha: Zvon, 1996. ISBN 80-7113-178-4.

JAN PAVEL II. *Salvifici doloris: Apoštolský list o křesťanském smyslu lidského utrpení* z 11. února 1984. Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-151-2.

JAN PAVEL II. *Sollicitudo rei socialis: Encyklika o starosti církve o sociální otázky* z 30. prosince 1987. In: *Sociální encykliky (1891-1991)*. Praha: Zvon, 1996, s. 351–408. ISBN 80-7113-154-7.

Katechismus katolické církve. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001. ISBN 80-7192-488-1.

MEZINÁRODNÍ TEOLOGICKÁ KOMISE. *Teologie dnes: Perspektivy, principy a kritéria*. Olomouc: UP, 2012. ISBN neuvedeno.

Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-585-3.

PAPEŽSKÁ BIBLICKÁ KOMISE. *Bible a morálka: Biblické kořeny křesťanského jednání*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7195-367-8.

PAPEŽSKÁ RADA PRO SPRAVEDLNOST A MÍR. *Kompendium sociální nauky církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-014-1.

PAVEL VI. *Evangelii nuntiandi: Apoštolská exhortace Hlásání evangelia* z 8. prosince 1975. Praha: Zvon, 1990. ISBN 80-7113-159-8.

PLENÁRNÍ SNĚM KATOLICKÉ CÍRKVE V ČR. *Život a poslání křesťanů v církvi a ve světě: Závěrečný dokument Plenárního sněmu katolické církve v ČR*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-7195-162-9.

Literatura

AMBROS, P. *Doprovázet, rozlišovat a integrovat: Uvedení do pastorální antropologie*. Olomouc: Refugium Velehrad-Roma, 2016. ISBN 978-80-7412-255-2.

AMBROS, P. Duchovní – neduchovní. In: AMBROS, P., DOŠKOVÁ, L., MUNZAROVÁ, M., SMÉKAL, V., ŠKRLOVÁ, M., ZACHOVAL, J. *Studijní texty z pastorální teologie III: Služba nemocným*. Olomouc: CMTF UP, 2002. ISBN 80-86045-93-5.

AMBROS, P. *Fundamentální pastorální teologie: Pastorální teologie I*. Olomouc: Mgr. Jiří Burget, 2000. ISBN 80-902798-2-1.

AMBROS, P. *Laik a jeho poslání: Mučednictví – svědectví*. Olomouc: Refugium Velehrad-Roma, 2011. ISBN 978-80-7412-089-3.

AMBROS, P. *Teologicky milovat církev: Vybrané statě z pastorální teologie*. Olomouc: Refugium Velehrad-Roma, 2003. ISBN 80-86715-11-6.

AMBROS, P. *Základní služby církve v české sekulární společnosti: κήρυγμα /μαρτυρία – λειτουργία – διακονία*. Olomouc: Refugium Velehrad-Roma, 2013, s. 196–197. ISBN 978-80-7412-141-8.

ANGENENDT, G., SCHÜTZE-KREILKAMP, U., TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie v praxi: Psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-7817.

ASSLÄNDER, F., GRÜN, A. *Time management jako duchovní úkol*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7195-338-8.

BAUMGARTNER, I. „Heilung und Befreiung“. In: HASLINGER, H. (ed.) *Handbuch Praktische Theologie. Band 2 Durchführungen*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 2000. ISBN 3-7867-2202-1.

BENEDIKT XVI., SEEWALD, P. *Licht der Welt: Der Papst, die Kirche und die Zeichen der Zeit*. Freiburg im Breisgau: Herder GmbH, 2010. ISBN 978-3-451-32537-3.

BERGOLIO, J. M. – FRANTIŠEK. *Opravdová moc je služba*. Praha: Paulínky, 2014. ISBN 978-80-7450-123-4.

BOOTHE, B., FRICK, E. *Spiritual Care: Über das Leben und Sterben*. Zürich: Orell Füssli Verlag AG, 2017. ISBN 978-3-280-05623-3.

BORASIO, G. D. *Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*. München: C. H. Beck, 2011. ISBN 978-3-406-61708-9.

BUCHTOVÁ, B. a kol. *Nezaměstnanost: Psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-9006-8.

BÜSSING, A. Spiritualität/Religiosität als Ressource im Umgang mit chronischer Krankheit. In: BÜSSING, A., KOHLS, N. (ed.). *Spiritualität transdisziplinär: Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2011. ISBN 978-3-642-13064-9.

BÜSSING, A., FRICK, E. Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker. In: BÜSSING, A., SURZYKIEWICZ, J., ZIMOWSKI, Z. (ed.) *Dem Gutes tun, der leidet: Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet*. Berlin, Heidelberg, Springer, 2015. ISBN 978-3-662-44278-4.

BÜSSING, A., KOHLS, N. Editorial. In: BÜSSING, A., KOHLS, N. (ed.). *Spiritualität transdisziplinär: Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2011. ISBN 978-3-642-13064-9.

CANTALAMESSA, R. *Ukřižovaný Kristus: Velkopáteční rozjímání 1996-2001*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-607-8.

CIMRMANNOVÁ, T. a kol. *Krise a význam pomáhajících prvního kontaktu. Aplikace v kontextu rodinného násilí*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2205-7.

DALFERTH, I. U. Kontextuelle Theologie in einer globalen Welt. In: FLÜGGE, T., HIRZEL, M. E., MATHWIG, F., SCHMID, P. (ed.) *Wo Gottes Wort ist: die gesellschaftliche Relevanz von Kirchen in der pluralen Welt*. Zürich: Theologischer Verlag, 2010. ISBN 978-3-290-17576-4.

DAVIEOVÁ, G. *Výjimečný případ Evropa: Podoby víry v dnešním světě*. Brno: CDK, 2009. ISBN 978-80-7325-192-5.

DE FIORES, S., GOFFI, T. *Slovník spirituality*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999. ISBN 80-7192-338-9.

Dohoda o duchovní službě ve vězeňství. In: *ACTA České biskupské konference*, roč. 2013, č. 8.

DOLEŽEL, J. Co dělá sociální práci křesťanskou? In: OPATRŇY, M., LEHNER, M. a kol. *Teorie a praxe charitativní práce: Uvedení do problematiky. Praktická reflexe a aplikace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-214-4.

Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům: O organizaci paliativní péče. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4332-4.

DUKA, D., BADAL, M. *Bílá kniha církve s černou kapitolou: 20 let svobody 1989–2009*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009, s. 51. ISBN 978-80-7195-440-8.

DUKA, D., MACHÁNĚ, J. Mnohem větší roli bude hrát duch solidarity. *Katolický týdeník*, 2012, roč. 23, č. 12. ISSN 0862-5557.

DUKA, D. *Zápas o člověka: Nástin biblické antropologie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-7195-148-3.

DZIWIŚZ, S., DRAŽEK, C. Utrpení v životě a papežském úřadu Jana Pavla II. In: DZIWIŚZ, S., DRAŽEK, C., BUZZONETTI, R. COMASTRI, A. *Síla v slabosti Jana*

Pavla II. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 978-80-7195-080-6.

FRICK, E. Pausen und Noten: Spiritual Care kann bei Pflegern und Ärztinnen für Entlastung sorgen. In: *Zeitzeichen*, 2014, roč. 15, č. 5. ISSN 1616-4164.

FRICK, E. Spiritual Care – ein Zeichen der Zeit? In: *Geist und Leben: Zeitschrift für christliche Spiritualität*, roč. 87, č. 3. Würzburg: Echter, 2014. ISSN 0016-5921.

FUCHS, O. Herausforderungen der Praktischen Theologie: Kirche. In: HASLINGER, H. (ed.) *Handbuch Praktische Theologie. Band 1 Grundlegungen*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1999. ISBN 3-7867-2201-3.

FUCHS, O. Martyria und Diakonia: Identität christlicher Praxis. In: HASLINGER, H. (ed.) *Handbuch Praktische Theologie. Band 1 Grundlegungen*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1999. ISBN 3-7867-2201-3.

GROM, B. Esoterika dnes. *Teologické texty*, 1991, roč. 2, č. 3–4. ISSN 0862-6944.

HALÍK, T. *Divadlo pro anděly: Život jako náboženský experiment*. Praha: NLN, 2010. ISBN 978-80-7422-051-7.

HALÍK, T. *Chci, abys byl: Křesťanství po náboženství*. Praha: NLN, 2012. ISBN 978-80-7422-177-4.

HALÍK, T. *Noc zpovědníka: Paradoxy malé víry v postoptimistické době*. Praha: NLN, 2005. ISBN 80-7106-777-6.

HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. Brno: Cesta, 1991. ISBN 80-85319-07-01.

HALÍK, T. *Vzýván i nevídan: Evropské přednášky k filozofii a sociologii dějin křesťanství*. Praha: NLN, 2004. ISBN 80-7160-692-3.

HAMPLOVÁ, D. Čemu Češi věří: Dimenze soudobé české religiozity. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 2008, roč. 44, č. 4. ISSN 0038-0288.

HAMPLOVÁ, D. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2244-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšř. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život (kapitoly z psychoonkologie)*. Praha: 3. LF UK, 1991. ISBN neuvedeno.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HELLER, J. *Bůh sestupující: Pokus o christologii Starého zákona*. Praha: Kalich, 1994. ISBN 80-7017-780-2.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*, 4., přeprac. a rozšř. vyd., Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERBERHOLD, K. „Ich kenne ihr Leid“ (Ex 3,7): Notfallseelsorge in Deutschland. In: BAUMANN, K., NOTHELLE-WILDFEUER, U. (ed.) *Studien zur Theologie und Praxis der Caritas und Sozialen Pastoral*, sv. 29. Würzburg: Echter Verlag, 2014. ISBN 978-3-429-03753-6.

HEŘT, J. *Alternativní medicína a léčitelství*. Praha: Nakladatelství Věra Nosková, 2011. ISBN 978-80-87373-15-6.

HOLM, N. G. *Úvod do psychologie náboženství*, Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-217-3.

HOLUB, T. *Pastorační služba v Armádě České republiky*. Praha: Arcibiskupství pražské, Pastorační středisko, 2007. ISBN neuvedeno.

HONZÁK, R. *Všichni žijem' v blázinci: Současnost očima psychiatra*. Rozhovor s Renatou Červenkovou. Praha: Vyšehrad, 2018, 210 s. ISBN 978-80-7601-003-1.

HUNT S. J. *Alternative religions: A Sociological Introduction*. Aldershote: Ashgate, 2003. ISBN 0-7546-3410-8.

JANÁČKOVÁ, L. *Život je boj. Praktický průvodce rakovinou pro nemocné a jejich blízké*. Brno: Grifart, 2014. ISBN 978-80-905337-4-5.

JÄHNICHEN, T. Von Gott reden angesichts von Leiden und Tod. Die Theodizee in der Notfallseelsorge. In: BREITSAMETER, Ch. (ed.). *Notfallseelsorge. Ein Handbuch*, Münster: Aschendorff Verlag, 2012. ISBN 978-3-402-12940-1.

KARRER, L. Grundvollzüge christlicher Praxis. In: HASLINGER, H. (ed.) *Handbuch Praktische Theologie. Band 2 Durchführungen*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 2000. ISBN 3-7867-2202-1.

KLEIN, S. *Erkenntnis und Methode in der Praktischen Theologie*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005. ISBN 3-17-018669-8.

KLESSMANN, M. Die prophetische Dimension der Seelsorge im Krankenhaus. In: KLESSMANN, M. (ed.) *Handbuch der Krankenhauseelsorge*, 4. vyd. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2013. ISBN 978-3-525-62403-6.

KLESSMANN, M. *Seelsorge: Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, 2008. ISBN 978-3-7887-2293-7.

KNAUBER, A. Heslo Pastoraltheologie. In: HÖFER, J., RAHNER, K. (ed.) *Lexikon für Theologie und Kirche*, sv. 8, Palermo – Roloff, 2. přepřac. vyd. Freiburg i. B.: Herder, 1963. ISBN neuvedeno.

KNOBLAUCH, H. Europe and Invisible Religion. *Social Compass*, 2003, roč. 50, č. 3. ISSN 0037-7686.

KODET, V. *Křesťanství a okultní praktiky: 25 otázek a odpovědí*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2019. ISBN 978-80-7566-125-8.

KÖRTNER, Ulrich H. J. *Leib und Leben: Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2010. ISBN 978-3-525-62412-8.

KROPIUNIGG, U. *Indianer weinen nicht: Über die Unterdrückung der Tränen in unserer Kultur*. München: Kösel, 2003. ISBN 3-466-30613-2.

KŘIŠŤAN, A. *Počátky pastorální teologie v českých zemích*. Praha: TRITON, 2004. ISBN 80-7254-605-8.

KŘÍŽOVÁ, E. a kol. *Alternativní medicína jako problém*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0754-9.

KŘÍŽOVÁ, E. *Alternativní medicína v České republice*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2498-3.

KŘÍŽOVÁ, E. Jak užívají čeští pacienti alternativní léčebné postupy a jak hodnotí jejich efekty? Sociologický průzkum zkušeností s alternativní medicínou a postoji k ní. *Praktický lékař*, 2001, sv. 81, č. 1. ISSN 0032-6739 (Print). ISSN 1805-4544 (Online).

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1994. ISBN nevedeno.

LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LAŇKA, J. *Fenomén náboženství v ozbrojených složkách. Možnosti kaplanství u PČR na základě reflexe zkušeností DS AČR*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Teologická fakulta, 2010.

LEHNER, M. Prokrustovo lože: Systematizační pokusy v pastorální teologii. In: *Teologické texty*, 1996, č. 5. ISSN 0862-6944.

- LINHART, J., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., MAŘÍKOVÁ, H. *Velký sociologický slovník*. II. sv. P–Z. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5.
- LIPOVETSKY, G. *Éra prázdnoty: Úvahy o současném individualismu*. Praha: Prostor, 2001. ISBN 80-7260-044-3.
- LOB-HÜDEPOHL, A. *Soziale Arbeit aus christlicher Hand – ein Problemaufriss*. Berlin: Berliner Institut für christliche Ethik und Politik, 2005, s. 8. ISSN 1860-5850.
- LUCKMANN, T. *Die unsichtbare Religion: mit einem Vorwort von Hubert Knoblauch*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1991. ISBN 3-518-28547-5.
- MACHULA, T. Hlásání evangelia a společenství církve. In: *Katolický týdeník*, 2008 příloha Perspektivy, roč. 19., č. 5. ISSN 0862-5557.
- MANDINCOVÁ, P. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.
- MATOUŠEK, O., HARTL, P. Nároky sociální práce a syndrom vyhoření. In: MATOUŠEK, O. (ed.) *Metody řízení sociální práce*, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- METTE, N. Vom Säkularisierungs- zum Evangelisierungsparadigma. In: *DIAKONIA: Internationale Zeitschrift für die Praxis der Kirche*, 21. Jahrgang, Heft 6. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1990. ISSN 0341-9592.
- METZ, J. B. *Úvahy o politické teologii*. Praha: Oikoymenh, 1994. ISBN 80-85241-69-2.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MÜLLER-CYRAN, A. Notfallseelsorge: Seelsorge am Karsamstag. In: GRAULICH, M., SEIDNADER, M. (ed.). *Unterwegs zu einer Ethik pastoralen Handelns*. Würzburg: Echter, 2011. ISBN 978-3-429-03436-8.

NAUER, D. *Seelsorgekonzepte im Widerstreit: Ein Kompendium*. Stuttgart: Kohlhammer, 2001. ISBN 3-17-017115-1.

NAUER, D. *Spiritual Care statt Seelsorge ?* Stuttgart: Kohlhammer, 2015. ISBN 978-3-17-028905-5.

NEŠPOR, Z. R. Český Kendal. Úvodem k sociologickému studiu současné religiozity / spirituality v České Lípě a v Mikulově. In: LUŽNÝ, D., NEŠPOR, Z. R. a kol. *Náboženství v menšině: Religiozita a spiritualita v současné české společnosti*. Praha: Malvern, 2008. ISBN 978-80-86702-53-7.

NEŠPOR, Z. R. Postsekularismus po česku? Ne/religiozita současné české společnosti mezi Východem a Západem. In: *Střed / Centre: Časopis pro mezioborová studia střední Evropy 19. a 20. století*, roč. 2018, č. 1. ISSN 1803-9243.

NEŠPOROVÁ, O. Českolipská necírkevní spirituální scéna. In: LUŽNÝ, D., NEŠPOR, Z. R. a kol. *Náboženství v menšině: Religiozita a spiritualita v současné české společnosti*. Praha: Malvern, 2008. ISBN 978-80-86702-53-7.

NĚMEC, D. Právní zakotvení pastorační péče v necírkevních zdravotnických zařízeních v České republice. In: *Revue církevního práva*, roč. 20, č. 60–1/2015. ISSN 1211-1635 (tištěná verze). ISSN 2336-5609 (elektronická verze).

NĚMEČKOVÁ, K. Kapitoly k nenáboženské spiritualitě. Praha: Carpe Momentum, 2016. ISBN 978-80-905334-3-1.

O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4332-4.

OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2008. ISBN 978-80-204-1876-0.

OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii, 2., přeprac. a doplň. vyd.* Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4522-3.

OPATRŇÝ, A. *Cesty pastorace v pluralitní společnosti*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 80-7192-930-1.

OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, 2005. ISBN neuvedeno.

OPATRŇÝ, A. *Pastorální teologie pro laiky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2016. ISBN 978-80-7465-237-0.

OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. ISBN 978-80-7465-269-1.

OPATRŇÝ, M. *Impassibilis est Deus, sed non incompassibilis* (sv. Bernhard z Clairvaux): Srovnání pohledů Jana Pavla II. a Benedikta XVI. na utrpení z pastorálního hlediska. In: *Theologos*, 2011, roč. 13, č. 1. ISSN 1335-5570.

OPATRŇÝ, M. *Přehled metod pastorační práce*. Skriptum pro vnitřní potřebu studentů k předmětu „Speciální okruhy pastorace“. Jihočeská univerzita v Č. Budějovicích: Teologická fakulta, 2009.

OPATRŇÝ, M. *Služba potřebným – diakonie jako konstitutivní prvek praxe církve*. In: MARTINEK, M. a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: JABOK, 2008. ISBN 978-80-904137-2-6.

OPATRŇÝ, M. *Sociální práce a teologie: Inspirace a podněty sociální práce pro teologii*. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-408-2.

OPATRŇY, M., LEHNER M. a kol. *Teorie a praxe charitativní práce: Uvedení do problematiky. Praktická reflexe a aplikace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-214-4.

OPATRŇY, M. Třináctá komnata vztahu teologie a sociální práce: K problematice negativních vlivů křesťanské víry na pomáhání. In: *Caritas et veritas*, 2011, roč. 11, č. 1. ISSN 1805-0948.

PANIKKAR, R. *Trojice: O mystické sounáležitosti mezi lidmi*. Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-76-4.

PAPEŽ FRANTIŠEK. *Jméno Boží je Milosrdenství*. Rozhovor s A. Torniellim. Praha: Dobrovský, 2016. ISBN 978-80-7390-392-3.

PASQUA, L. *Podvod magie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-471-2.

POLIVKA, J., DOLISTA, J., DŘÍMAL, L. *Povídání o manželství*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999. ISBN 80-7192-245-5.

POMPEY, H., ROSS, P.-S. *Kirche für andere: Handbuch für eine diakonische Praxis*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1998. ISBN 978-3-7867-2098-0.

POMPEY, H. *Zomieranie*. Trnava: Dobrá kniha, 2004. ISBN 80-7141-462-X.

POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-748-1.

PRÜLLER-JAGENTEUFEL, V. Grundvollzüge der Kirche. In: *99 Wörter Theologie konkret*. München: Don Bosco Verlag, 2005. ISBN 978-3-7698-1509-2.

RAHNER, K. Praktická teologie a církevní sociální práce. In: *Caritas et veritas*, 2013, roč. 3, č. 1. ISSN 1805-0948.

ROSER, T. Seelsorge und Spiritual Care. In: KLESSMANN, M. (ed.) *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, 4. rozšíř. vyd. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2013. ISBN 978-3-525-62403-6.

ROSER, T. *Spiritual Care: Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen*, 2. rozšíř. a aktual. vyd. Stuttgart: Kohlhammer, 2017. ISBN 978-3-17-021439-2.

Rozhodování o paliativní léčbě jen podle jasných pravidel a transparentně: Stanovisko České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM). *Tempus medicorum*, 2010, roč. 19, č. 3. ISSN 1214-7524.

RUPNIK, M. I. *Uvedení do duchovního života*. Velehrad: Refugium, 2003. ISBN 80-86715-09-4.

RÜCKL, J. ŠTICA, P. (eds.) *Bonaventura Bouše: Odkaz a vzpomínky*. Praha: Vyšehrad, 2009. ISBN 978-80-7021-998-0.

RYŠKOVÁ, M. *Doba Ježíše Nazaretského: Historicko-teologický úvod do Nového zákona*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1465-6.

ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-547-4.

SANDER, J. Theologischer Kommentar zur Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute *Gaudium et spes*. In: HÜNERMANN, P., HILBERATH, B. J. (ed.) *Herders Theologischer Kommentar zum Zweiten Vatikanischen Konzil*, sv. 4, zvl. vydání, Freiburg, Basel, Wien: Herder, 2009. ISBN 978-3-451-29965-0.

SCHNACKENBURG, R. *Matthäusevangelium 16,21–28,20*. (Die Neue Echter Bibel: Kommentar zum Neuen Testament mit der Einheitsübersetzung, Bd.1). Würzburg: Echter Verlag, 1987. ISBN 3-429-01069-1.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, CH. *Seelsorge – christliche Hilfe zur Lebensgestaltung: Aufsätze zur interdisziplinären Grundlegung praktischer Theologie*. Berlin: LIT, 2012. ISBN 978-3-643-11517-1.

SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha: Univerzita Karlova, 1991. ISBN 80-7066-411-8.

SOUKUP, M. *Terénní výzkum v sociální a kulturní antropologii*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2567-6.

SPRATEK, D. Justinian von Welz – myslitel, outsider, misionář. In: *Přítel – Przyjaciel*, 2015, roč. 68, č. 3. ISSN 1214-1321.

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce; Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita: Duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016. ISBN 978-80-7255-361-7.

ŠIKLOVÁ, J. Mládež v ČSSR a náboženství. In: *Svědectví*, 1986, roč. 20, č. 79. ISSN neuvedeno.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé: Principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN: 978-80-247-3736-2.

ŠPATENKOVÁ, N. KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠPIDLÍK, T.; GARGANO, I. *La spiritualità dei Padri greci e orientali*. Roma: Borla, 1983. ISBN 978-88-263-0336-9.

ŠVAŘÍČEK, R. ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TICHÝ, R. Náboženské / spirituální představy, zkušenosti a zájmy českolipských občanů. In: LUŽNÝ, D., NEŠPOR, Z. R. a kol. *Náboženství v menšině: Religiozita a spiritualita v současné české společnosti*. Praha: Malvern, 2008. ISBN 978-80-86702-53-7.

TRETERA, J. R. Vězeňské kaplanství jako služba církve veřejnosti. Teoretický úvod. In: BENÁK, J. (ed.) *Církev a stát*, 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta, 2018. 175 s. Spisy Právnické fakulty MU, Řada teoretická, edice Scientia, sv. č. 638. ISBN 978-80-210-9136-8 (brož.), 978-80-210-9137-5 (online).

TSCHUSCHKE, V. *Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

ÚVN Praha. *Všeobecný standard ošetrovatelské péče: Edukace o poskytování duchovní péče v ÚVN G 9*. Interní dokument.

VÁCLAVÍK, D. *Náboženství a moderní česká společnost*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2468-3.

VÁCHA, M. Architektem vlastní léčby. In: *Lidové noviny*, 2010, roč. XXIII., č. 257. ISSN 0862-5921.

VÁCHA M., KÖNIGOVÁ R., MAUER M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

VOJTÍŠEK, Z. Léčitelská církev. In: *Dingir: Religionistický časopis o současné náboženské scéně*, 2015, roč. 18, č. 1. ISSN 1212-1371.

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

WALDENFELS, H. *Kontextová fundamentální teologie*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-407-4.

WEBER, F. *Mission – Gegenstand der Praktischen Theologie? Die Missionstätigkeit der Kirche in den pastoraltheologischen Lehrbüchern von der Aufklärung bis zum Zweiten Vatikanum. Mit einem Beitrag von Ottmar Fuchs*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang GmbH, 1999. ISBN 3-631-34620-4.

ZULEHNER, P. M. *Papež František a jeho reforma církve*. Praha: Vyšehrad, 2016. ISBN 978-80-7429-756-4.

ZULEHNER, P. M. *Pastoraltheologie. Band 1 Fundamentalpastoral: Kirche zwischen Auftrag und Erwartung*. Düsseldorf: Patmos, 1989. ISBN 3-491-77658-9.

Internetové zdroje

AKADEMICKÁ FARNOST PRAHA. *Rozhovor Tomáše Halíka pro ČTK* (31. 5. 2018). [online]. [cit. 2019-12-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.farnostsalvator.cz/clanek/2391/rozhovor-tomase-halika-pro-ctk-#.XezG2ehKhPY>>.

ASOCIACE NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ. [online]. [cit. 2019-11-01]. Dostupné na WWW: <<https://www.nemocnicnikaplan.cz/>>.

BELÁŇOVÁ, A. Být kaplanem v Česku: Zdroje nejistoty a nacházení opory. In. *Český lid / The Czech <Ethnological Journal*, 2018, roč. 105, č. 1, s. 26. ISSN 0009-0794. [online]. [cit. 2020-04-27]. Dostupné na WWW: <<http://ceskylid.avcr.cz/media/articles/688/submission/original/688-1791-1-SM.pdf>>.

BENEDIKT XVI. Promluva k Papežské akademii sociálních věd. [online]. [cit. 2020-01-01]. Dostupné na WWW: <<https://www.radiovaticana.z/clanek.php?id=9454>>.

BULLIVANT, S. *Europe's Young Adults and Religion*. Findings from the European Social Survey (2014–16) to inform the 2018 Synod of Bishops. [online]. [cit. 2019-10-28]. Dostupné na WWW: <<https://www.stmarys.ac.uk/research/centres/benedict-xvi/docs/2018-mar-europe-young-people-report-eng.pdf>>.

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *Výzkumný projekt: Studie IMPAC*. [online]. [cit. 2020-04-12]. Dostupné na WWW: <<https://paliativnicentrum.cz/projekty/studie-impac>>.

CÍRKEV.cz. *Nový projekt papeže Nádvoří pohanů se konal v Paříži*. [online]. [cit. 2020-01-04]. Dostupné na WWW: <<https://www.cirkev.cz/archiv/110328-novy-projekt-papeze-nadvori-pohanu-se-konal-v-parizi>>.

CÍRKEV.cz. *Výzkum: Modlitba či Desatero nejsou Čechům neznámé*. [online]. [cit. 2019-11-01]. Dostupné na WWW: <<https://www.cirkev.cz/archiv/141003-vyzkum-modlitba-ci-desatero-nejsou-cechum-nezname>>

CVVM. *Důvěra k vybraným institucím veřejného života – září 2019*. [online]. [cit. 2019-10-29]. Dostupné na WWW: <https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a5011/f9/po191008.pdf>.

ČBK. *Víra v Boha a vztah k církvi v České republice*. [online]. [cit. 2019-11-01]. Dostupné na WWW: <https://cbk.blob.core.windows.net/cms/ContentItems/28085_28085/brozura-vira-v-boha-archiv.pdf>.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Stanoviska VR ČLK*. [online]. [cit. 2019-12-22]. Dostupné na WWW: <<https://www.lkcr.cz/stanoviska-vr-clk-417.html>>.

ČESKÁ POZICE. *Češi vydávají miliardy za procedury, které je nevyлéčí*. [online]. [cit. 2020-02-10] Dostupné na WWW: <http://ceskapozice.lidovky.cz/tema/cesi-vydavaji-miliardy-za-procedury-ktere-je-nevyleci.A151214_153300_pozice-tema_lube>.

Dodatek č. 1 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC v České republice. [online]. [cit. 2019-11-07]. Dostupné na WWW: <<http://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/03/Dodatek-%C4%8D.-1-k-Dohod%C4%9B-o-duchovn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8Di-ve-zdravotnictv%C3%AD-mezi-%C4%8Ceskou-biskupskou-konferenc%C3%AD-a-Ekumenickou-radou-c%C3%ADrkv%C3%AD-v-%C4%8Cesk%C3%A9-republice-ke-sta%C5%BEen%C3%AD.pdf>>.

Dodatek č. 2 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC. [online]. [cit. 2019-11-10]. Dostupné na WWW: <<http://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2019/01/Dodatek-%C4%8D.-2-k-Dohod%C4%9B-o-duhovn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8Di-ve-zdravotnictv%C3%AD-mezi-%C4%8Ceskou-biskupskou-konferenc%C3%AD-a-Ekumenickou-radou-c%C3%ADrkv%C3%AD-v-%C4%8Cesk%C3%A9-republice-ke-sta%C5%BEen%C3%AD.pdf>>.

Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice [online]. [cit. 2019-09-09]. Dostupné na WWW: <<http://spcp.prf.cuni.cz/dokument/Dohoda-o-duhovni-peci-ve-zdravotnictvi.pdf>>.

Dohoda o účasti osob vykonávajících duchovenskou službu na systému poskytování posttraumatické intervenční péče. [online]. [cit. 2019-11-07]. Dostupné na WWW: <<http://spcp.prf.cuni.cz/dokument/dohoda-posttraumatickapece.pdf>>.

Dohoda mezi ČBK a ERC o duchovní službě u Policie ČR. [online]. [cit. 2020-04-18]. Dostupné na WWW: <https://cbk.blob.core.windows.net/cms/ContentItems/30362_30362/dohoda-u-policie.pdf>.

DUCHOVNÍ SLUŽBA ARMÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Pro zájemce o službu kaplana.* [online]. [cit. 2020-04-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.kaplani.army.cz/pro-zajemce-o-sluzbu-kaplana>>.

EVANGNET. *Kurz ETF – Nemocniční kaplan.* [online]. [cit. 2019-11-07]. Dostupné na WWW: <https://www.evangnet.cz/119-kurz_etf_nemocnicni_kaplan>.

FRANTIŠEK. *Centrem křesťanské starostlivosti jsou nemocní*, audience na nám. sv. Petra, 28. 8. 2019. [online]. [cit. 2020-01-04]. Dostupné na WWW: <<https://www.cirkev.cz/cs/aktuality/190828papez-frantisek-centrem-krestanske-starostlivosti-jsou-nemocni>>.

FRANTIŠEK. *Křesťanská identita není éterická, nýbrž konkrétní.* [online]. [cit. 2020-03-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.radiovaticana.cz/clanek.php?id=21976>>.

FRANTIŠEK. *Poselství k 24. Světovému dni nemocných*. [online]. [cit. 2019-07-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.bcb.cz/udalosti/Poselstvi-Svateho-otce-k-24-Svetovemu-dni-nemocnych.html>>.

GRANDMAGAZINE. *Výzkum zjistil, čeho se Češi bojí*. [online]. [cit. 2019-07-04]. Dostupné na WWW: <<https://grandmagazine.argusmedia.sk/cs/2018/12/12/vyzkum-zjistil-ceho-se-cesi-boji>>.

HALÍK, T. *Kulatý stůl: Přiblížila se za poslední léta*. [online]. [cit. 2019-12-03]. Dostupné na WWW: <<http://halik.cz/cs/tvorba/clanky-eseje/nabozenstvi-spolecnost/clanek/30/>>.

HALÍK, T. *Mnoho Čechů se za ateisty pokládá vlastně omylem* (září 2008). [online]. [cit. 2020-02-29]. Dostupné na WWW: <<http://halik.cz/cs/tvorba/rozhovory/clanek/99/>>.

HALÍK, T. *Pakt z katakomb*. [online]. [cit. 2019-10-28]. Dostupné na WWW: <<http://halik.cz/cs/tvorba/proslovy-kazani/proslov/61/>>.

HALÍK, T. *Proměny světové náboženské scény*. [online]. [cit. 2019-10-28]. Dostupné na WWW: <<http://halik.cz/cs/tvorba/clanky-eseje/clanek/40/>>.

HAMPLOVÁ, D. *Náboženství a nadpřirozeno ve společnosti. Mezinárodní srovnání na základě empirického výzkumu ISSP (International Social Survey Programme)*. Sociologický ústav AV ČR, Sociologické listy, 2000, s. 25. [online]. [cit. 2019-11-27]. Dostupné na: WWW: <https://www.soc.cas.cz/sites/default/files/publikace/136_00-3wptext.pdf>.

HLAS MUČEDNÍKŮ. *Ukrajina: Čtyři mladí misionáři zavražděni*. [online]. [cit. 2020-02-13]. Dostupné na WWW: <<http://www.hlas-mucedniku.cz/pnp.php?datum=2014-08-21>>.

iDNES.cz *Chování lékařů dál trápí pacienty, i když se situace zlepšuje, říká expert.* [online]. [cit. 2020-01-23]. Dostupné na WWW: <https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/rozhovor-komunikace-zdravotnictvi-konflikty-mezi-lekari-a-pacienty.A191211_123809_domaci_linv>.

KALVÍNSKÁ, E. *Sekce krizové asistence Společnosti lékařské etiky ČLS JEP.* [online]. [cit. 2019-11-23]. Dostupné na WWW: <<https://docplayer.cz/8283503-Sekce-krizove-asistence-spolecnosti-lekarske-etiky-cls-jep.html>>.

KALVÍNSKÁ, E. *Spirituální péče ve zdravotnictví.* [online]. [cit. 2019-11-23]. Dostupné na WWW: <<https://slideplayer.cz/slide/2741182/>>.

KATOLICKÁ ASOCIACE NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ V ČR. *Kontakty na nemocniční kaplany.* [online]. [cit. 2019-11-09]. Dostupné na WWW: <<http://kaplan-nemocnice.cz/kontakty-na-nemocnicni-kaplany/>>.

KLESSMANN, M. *Im Strom der Zeit ... Von der evangelischen über die ökumenische zur Interkulturellen Seelsorge und spiritual care.* [online]. [cit. 2019-11-14]. Dostupné na WWW: <https://www.researchgate.net/publication/274455153_Im_Strom_der_Zeit>.

MZ ČR. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví.* [online]. [cit. 2019-10-07]. Dostupné na WWW: <https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvi-a-zastupci-cirkvi-podepsali-historicky-prvni-dohodu-o-duch_17578_1.html>.

MZ ČR. *Ministr zdravotnictví a zástupci církví podepsali historicky první Dohodu o duchovní péči ve zdravotnictví.* [online]. [cit. 2019-11-10]. Dostupné na WWW: <https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvi-a-zastupci-cirkvi-podepsali-historicky-prvni-dohodu-o-duch_17578_1.html>.

MZ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví podpoří nemocniční kaplany.* [online]. [cit. 2019-11-07]. Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-podpori-nemocnicni-kaplany_5683_2160_1.html>.

MZ ČR. *Věstník č. 4/2017: Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb.* [online]. [cit. 2019-11-08]. Dostupné na WWW: <https://mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-4-/2017_13683_1760_11.html>.

PEW RESEARCH CENTER. *Eastern and Western Europeans Differ on Importance of Religion, Views of Minorities, and Key Social Issues.* [online]. [cit. 2019-10-29]. Dostupné na WWW: <<https://www.pewforum.org/2018/10/29/eastern-and-western-europeans-differ-on-importance-of-religion-views-of-minorities-and-key-social-issues/>>.

PEW RESEARCH CENTER. *Religious Belief and National Belonging in Central and Eastern Europe. National and religious identities converge in a region once dominated by atheist regimes.* [online]. [cit. 2019-09-09]. Dostupné na WWW: <<http://www.pewforum.org/2017/05/10/religious-belief-and-national-belonging-in-central-and-eastern-europe/>>.

RADIOVATICANA.cz. *Rozhovor s papežem Františkem.* [online]. [cit. 2020-01-07]. Dostupné na WWW: <<https://www.radiovaticana.cz/clanek.php?id=18878>>.

Sbírka nařízení generálního ředitele Vězeňské služby České republiky. Nařízení č. 41 kterým se vyhláší Dohoda o duchovní službě. [online]. [cit. 2019-11-07]. Dostupné na WWW: <<https://www.vscr.cz/wp-content/uploads/2017/03/dohodaoduchovnislužbe.pdf>>.

SCHMALZ, M. *What is the Great Commission and why is it so controversial?* [online]. [cit. 2020-06-06]. Dostupné na WWW: <<https://theconversation.com/what-is-the-great-commission-and-why-is-it-so-controversial-111138>>.

Smlouva o podmínkách vzniku a působení duchovní služby v resortu ministerstva obrany. [online]. [cit. 2019-11-07]. Dostupné na WWW: <https://www.biskupstvi.cz/storage/dokumenty/09_Dohoda_duchovni_sluzba.pdf>.

STAROSTOVÉ A NEZÁVISLÍ. *Tohle pro vás může vykonat církev. Nechce miliardy zadarmo.* [online]. [cit. 2019-11-01]. Dostupné na WWW: <<https://www.starostove-nezavisli.cz/info-a-media/komentare/tohle-pro-vas-muze-vykonat-cirkev-nechce-miliardy-zadarmo>>.

STEM. *Téměř dvě pětiny občanů radí mezi vánoční zvyky návštěvu kostela.* [online]. [cit. 2019-11-26]. Dostupné na WWW: <<https://www.stem.cz/temer-dve-petiny-obcanu-radi-mezi-vanocni-zvyky-navstevu-kostela-2/>>.

STRÍŽENEC, M. *Spiritualita z pohledu psychologie náboženstva.* [online]. [cit. 2019-09-18]. Dostupné na WWW: <http://www.uski.sk/frm_2009/ran/2013/ran-2013-2-8.htm>.

TISKOVÉ STŘEDISKO ČBK. *Papež k útoku na Misionářky Lásky: To jsou mučednice dneška.* [online]. [cit. 2020-02-13]. Dostupné na WWW: <<http://tisk.cirkev.cz/ze-zahranici/papez-k-utoku-na-misionarky-lasky-to-jsou-mucednice-dneska>>.

TÝDEN.cz. *Heger ve Vatikánu: chce posílit roli duchovních v nemocnicích.* [online]. [cit. 2019-11-07]. Dostupné na WWW: <https://www.tyden.cz/rubriky/domaci/zdravotnictvi/heger-ve-vatikanu-chce-posilit-rolu-duchovnich-v-nemocnicich_233335.html>.

WALDENFELS, H. *Teologie v kontextu dnešní doby.* [online]. [cit. 2019-09-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.teologicketexty.cz/casopis/2004-3/Teologie-v-kontextu-dnesni-doby.html>>.

WHO. *Review of the Constitution of the World Health Organization: report of the Executive Board special group, 22. January 1998.* [online]. [cit. 2019-11-11]. Dostupné na WWW: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfangl/angr2.pdf>.

ZÁKONY PRO LIDI.cz. *Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě.* [online]. [cit. 2019-11-07]. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-222>>.

Elektronická pošta

OPATRŇÁ, M. Re: *Velehradská setkání* (elektronická pošta). Message to: Jana Maryšková. 28. června 2011, citováno dne 07.11. 2019. Osobní komunikace, citováno se svolením autora.

Seznam zkratek

Seznam zkratek církevních dokumentů

AA	Apostolicam actuositatem
AG	Ad gentes
AL	Amoris laetitia
CA	Centesimus annus
DCE	Deus caritas est
DH	Dignitatis humanae
EG	Evangelii gaudium
EN	Evangelii nuntiandi
EV	Evangelium vitae
GS	Gaudium et spes
CHL	Christifideles laici
CHV	Christus vivit
KKC	Katechismus katolické církve
LG	Lumen gentium
LS	Laudato si'
(PIT	Pacem in terris)
RH	Redemptor hominis
SD	Salvifici doloris
SRS	Sollicitudo rei socialis
SS	Spe salvi
UR	Unitatis redintegratio

Seznam ostatních zkratek

CČSH	Církev československá husitská
CELAM	Rada latinskoamerických biskupských konferencí
CVVM	Centrum pro výzkum veřejného mínění
CŽV	Celoživotní vzdělávání
ČBK	Česká biskupská konference
ČCE	Českobratrská církev evangelická

ČR	Česká republika
ERC	Ekumenická rada církví
GAČR	Grantová agentura České republiky
HZS	Hasičský záchranný sbor
KPP	Klinická pastorační péče
LZZ	Zařízení lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PČR	Policie České republiky
ŘKC	Římskokatolická církev
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha č. I

Ukázka transkripce rozhovoru s „tradičně“ věřícím pacientem

Příloha č. II

Ukázka transkripce rozhovoru s „alternativně“ věřícím pacientem

Příloha č. III

Ukázka dílčího procesu analýzy dat: kódování v MAXQDA 2018

Příloha č. IV

Ukázka třídění dat pomocí myšlenkových map v aplikaci MINDLY

Přílohy

Příloha č. I

Ukázka transkripce rozhovoru s „tradičně“ věřícím pacientem

Výňatek z rozhovoru – paní **Zdena**, 75 let, vzdělání: střední odborná škola, pokřtěná v ŘKC

Vaše rodina by se dala označit za věřící?

Rodiče byli pokřtění katolíci, maminka chodila hodně do kostela, tatínek na to moc nebyl. Byli v kostele oddaní. Já jsem pokřtěná v katolický církvi.

A Vás osobně víra nějak dál provázela v životě?

S maminkou jsem chodila asi do své puberty do kostela. Chodily jsme každou neděli. Já jsem tam chodila spíš, že jsem si tam mohla zaspívat jako mladá holka, ale od dětství úplně ne, protože náš kostel byl 3 km od naší vsi, to já jsem tam chodila jenom na neděli a ještě ne každou. Když třeba bylo nějaký mizerný počasí, tak jsme do kostela nešly. Chodily jsme i za doby totality, ale jen do mých patnácti, šestnácti. Já jsem pak šla na školu a tím to skončilo. Protože jsem začala chodit do města. Tady jsem zašla do kostela jenom, když jsem potřebovala na známky. Toho Boha jsem potřebovala. Věděla jsem, že je, tak jsem se šla pomodlit, když jsem potřebovala před nějakou zkouškou. No a pak jsem do kostela šla, to byly svátky, jen na vánoční, velikonoční, jinak jsem do kostela vůbec nechodila. No a samozřejmě, že jsem znala růženec a Zdrávas Maria, to mě naučila maminka, ty dvě, a Andělíčku, můj strážníčku. To jsem se modlila, ale bylo to náhodně a modlila jsem se jen já. Moji sourozenci dodneška nechodí do kostela. Já jsem k tomu asi od dětství už nějak inklinovala, ale prostě se to všechno zastřelo tou školou a městem, protože já jsem měla zájem jako holka o zábavy a tak dále. Takže to nic nebylo.

Dnes jste ale zase praktikující, kdy došlo ke změně?

Šla jsem na operaci s tím, že ať už to dopadne, jak chce. A i jsem s tím počítala, že bych se nevrátila. Po operaci jsem se probudila na JIPce a stáli nade mnou nějaký doktoři a jak jsem byla v tom přesvědčení, že už se nemusím probudit, tak jsem zjistila, že jsem

na světě a začala jsem radostí brečet. A řekla jsem „tak, mně je život znova danej a já už ho nesmím promrhat“. To byl rok 1988 nebo 1987, to už tady začínaly různé duchovní přednášky a mně chybělo to duchovno. Ta víra vlastně začala až se tady změnila ta doba, ta diktatura, takže osmdesátý devátý rok. Jak sem začaly jít takový ty duchovní věci, tak najednou jsem zjistila, že mi něco chybí. Že to potřebuju k životu.

Takže jste začala zase chodit do kostela?

To bylo složitější. V devadesátých letech sem začali jezdit léčitelé. A protože jsem nechtěla jít na tu operaci, hledala jsem pomoc. A teď začalo to, že musíte myslet pozitivně a věřit, že to dokážete, tak já jsem to všechno praktikovala, jenže mi to nepomáhalo vůbec. A potom jsem zkusila homeopatii a léčila jsem se homeopaticky.

Začala jste se věnovat homeopatii?

Začala jsem se o to zajímat, začala jsem chodit do školy a začala jsem se tím léčit. Jezdila jsem do Brna na brněnskou školu, homeopatickou, dvouroční. Udělala jsem ji, mám o tom doklad a léčila jsem se sama, ale léčila jsem i jiný. To bylo v době, kdy jsem ještě nechodila do toho kostela.

Jak jste se k tomu léčení dostala?

Tady byl léčitel, kterej se zabýval homeopatií a asistentku mu dělala můjho bratrance dcerka. A já jsem si říkala, že bych to taky mohla dělat a on mi řekl, „no, jestli to chceš dělat, tak já tě napíšu do Brna, můžeš tam jezdit na tu školu“, a tak to začalo. A on mě do toho zasvěcoval, a nakonec jsem k němu šla pracovat.

Věnovala jste se tomu intenzivně ...

Měla jsem nakoupenou spoustu homeopatických a léčitelských knížek, homeopatický léky, chodila jsem na přednášky.

Měla jste s léčitelstvím, alternativní medicínou apod. i nějakou negativní zkušenost?

Jak jsem onemocněla, měla jsem spoustu negativních zkušeností a všechno to vyvrcholilo u toho léčitele – homeopata. A tam teprve jsem si uvědomila, že je to špatný, tam mě to dohnalo. Byla jsem tam asi 11 měsíců, nevydržela jsem tam ani rok. Já jsem hledala duchovno, ale tohle souviselo s tou mou léčbou, ten zájem, a to duchovno se k tomu přidalo. Když to řeknu – ten Zlej Vás vždycky naláká na to lepší,

že Vám pomůže, ale pak Vás v tom utopí. Já jsem to zažila na vlastní kůži a taky jsem to hned nevěděla. Hledala jsem, a díky tomu, že jsem v sobě měla ten křest, tak jsem se vrátila k Bohu.

Jak k tomu došlo?

Jak jsem jednou šla z těch léčitelských přednášek, tak jsem zašla do kostela a byla mše. A jak jsem čekala na tu mši, tak jsem se dívala do blba a rozostřeně na obraz Panny Marie na obláčku. A najednou se mi zdálo, že ten obláček s tou Panenkou Marií ke mě pluje. A já jsem se tak lekla, prostě zarazila, a ono se to ztratilo, jakmile jsem si to uvědomila. Ale mně to zůstalo v srdci tak strašně jako oslovení, že jsem začala chodit pravidelně na nedělní mše. Tím to začalo. Potřebovala jsem tam zajít a nabyt sílu. Cítila jsem takový uvolnění a příjemnej pocit. A samozřejmě začala jsem se modlit. Ale pořád jsem četla knížky léčitelský a v jedný jsem četla něco, že si nemůžete Pána Boha představovat jako dědečka na obláčku. Tak jsem si říkala, „tak jak je to?“ a začala jsem si kupovat knížky s duchovní tematikou, ale křesťanskou. Ale pořád jsem nebyla rozhodnutá, to byl takovej přelom. Chodila jsem na jógu a tam mezi tím jejich New agem a já nevím, čím ještě, byla svatá Terezie z Avily a mě to zaujalo, že to bylo čistě křesťanský a koupila jsem si ji a přečetla. Byla to pro mě taková novinka, že existuje někdo, kdo může tak věřit a že může tak milovat Boha, že mě hrozně oslovila.

Začala jste se potom i modlit?

Samozřejmě. Všechny ty léčitelský i homeopatický knížky jsem vyházela, dala jsem do toho spoustu peněz, všechno jsem to vyházela, ty léky jsem vysypala do záchodu, všechno jsem to zlikvidovala, nechtěla jsem doma mít nic, nejen, aby mě to nelákalo, ale aby to tam nebylo, aby tam nebyla ta energie.

A potom už jste chodila i na bohoslužby a ke svátostem?

No jistě. Jak jsem chodila do toho kostela, tak jsem tam chtěla jít ke zpovědi a nebyla jsem vůbec připravená. A kněz mi řekl, „víte co? Když je to taková životní zpověď, bylo by dobře, kdybyste se na to připravila, napište si to“. A já jsem to udělala, šla jsem tam a udělala jsem tu životní zpověď a cítila jsem, že jsem doma, že to je pravý.

Jak svou nemoc zpětně z tohoto pohledu vnímáte? Ovlivnila nemoc Vaši víru v Boha?

Ta nemoc je v podstatě dar, ta bolest Vás přivádí blíž k Bohu, protože hledáte pomoc přes to tělo, ale potřebujete pomoci duši, ta duše cítí, že to není ono. Já jsem potom tam cítila, že je to něco jiného. V kostele říkají to milosrdenství, pomoc. Bolest nebo nemoc je oběť, můžete ji za někoho obětovat a to tam vůbec neříkají. Tam je jenom – ber, abys byla zdravá. Já můžu říct, že mě víra vždycky uzdravovala. Bůh dává klid do duše a já ten klid teď mám.

Příloha č. II

Ukázka transkripce rozhovoru s „alternativně“ věřícím pacientem

Výňatek z rozhovoru – paní **Ivana**, 47 let, vzdělání: střední odborné učiliště, pokřtěná v ŘKC

Říkala jste, že jste pokřtěná, ale nepocházíte z věřící rodiny ...

Já myslím, že ne, nikdo se nechodil modlit do kostela

... ale že u Vás nemoc ovlivnila zájem o duchovní věci

Určitě, určitě. Protože kdybych byla zdravá, tak si myslím, že bych o tom takhle nepřemejšlela, nebo bych se po tom nepídila, nebo bych si třeba lidi vyslechla, ale myslím, že je to ovlivněný i mým měsícem narození. Protože já jsem ve znamení Ryby, a vím, že se všude píše, že Ryby mívají šestej smysl. Takže hodně těch Ryb jsou právě vědmy, kartáři a tak podobně, astrologové a tak nějak.

Kdy Váš zájem o tyto věci začal, vzpomenete si?

Ten zájem začal, když se zhoršil můj zdravotní stav. Bylo to v souvislosti se zdravím. Mám kolem sebe spoustu známých, kteří používají alternativní medicínu. Vždycky jsem od někoho něco slyšela, že spoustě lidem pomohla.

A ten zájem byl jen o alternativní medicínu?

No, tak mě nejdřív zajímaly karty. Šla jsem hlavně na karty kvůli tomu, jak dopadne moje onemocnění. Pak jsme s rodiči navštěvovali různý léčitele, vždycky nás někdo někam poslal, řekl, „hele, támhle je nějaký známý léčitel“. Ale to bylo těžký, chtěli, aby mě zbavili nemoci.

Máte nebo měla jste nějakou negativní zkušenost s léčitelem, věštcem, astrologem?

Měla, nebudu jmenovat, protože nevím, jak se ten pán jmenoval Překvapilo mě to, že pán akorát řekl manželce, „tak udělej nám kávu a teď jdi do vedlejší místnosti a nech nás tady o samotě“ a pak mi řekl, „svlečte se do pasu, já Vám zkontroluju páteř“ a já jsem mu řekla, „já tady nejsem kvůli páteři“. Tak to mě teda zarazilo. Pán byl starší,

vypadal jak chlípník, takže jsem se zvedla, vzala jsem si bundu a odešla jsem. V životě mě tam nikdo neviděl.

Tahle zkušenost Vás neodradila?

Mě to odradilo od těchhle šarlatánů. Protože vím, že existují slušní léčitelé, který pomáhají, a pak existují šarlatáni. Ale bála jsem se jít k dalšímu, protože jsem si říkala, „všichni ze mě jen tahají peníze a mně už nepomůže ani svěcená voda“.

Jak jste se potom dostala k dalšímu léčiteli?

Bylo to na základě toho, že jsem chodila s jedním klukem a jeho maminka vlastně taky dlouho používala alternativní medicínu a furt si četla různé ty časopisy o té alternativní medicíně, a ta mi jednou řekla, že když šla z práce, tak si všimla, že jeden konkrétní léčitel přijede tolikátýho a tolikátýho a ona mi tenkrát řekla, „hned jsi mě napadla Ty“ a řekla „to Ti musím poslat, protože on jedinej Ti pomůže“. A tenkrát jsme se domluvily, řekla mi datum, kdy přijede, a ještě já jsem jí říkala, „neblbni, mně už nepomůže vůbec nikdo, já už těmhle lidem nevěřím, protože jsem se xkrát zklamala, každej chtěl akorát peníze a furt si něco vymyšleli a nikdy nic jako“, a ona mi řekla, „nech mi tady svůj datum narození, kde jsi se narodila a já to tam odnesu“. A potom, když sem přijel, tak tahle paní šla zase kolem toho, přišla si tam pro to, neříkala o mně vůbec nic a on mi tam rovnou napsal, co mi je. Tohle když jsem viděla, tak jsem si říkala, „to není možný“, protože jenom podle datumu narození tam napsal všechno. Tak to mě přesvědčilo o tom, že v tom člověku asi něco bude, že to asi nebude podvodník. A já si říkala, zkusím to ještě naposled, jestli mi ani tenhle nepomůže ... Něco mě tam hnalo, nevím co, takový ten hlas, „jdi tam“. Ono jde hlavně o to uzdravení těla, ale je v tom i něco duchovního.

Změnila tahle zkušenost Váš pohled na léčitele?

Určitě, v pozitivním slova smyslu. Mám to ověřené, že to funguje, mám to i černý na bílým. Protože dřív, co jsem chodila jakoby do nemocnice k panu doktorovi, tak i ten se sám kolikrát divil, když viděl ty výsledky. Trošku jsem si říkala, dneska už mi nepomůže vůbec nikdo, ale zkusím to, takovej ten poslední záchvěv, jako člověk má zkusit všechno, co můžu, tak to ještě zkusím, než vyčerpám všechny možnosti, protože to opravdu nebylo nic moc se mnou, všechno se to navalilo najednou, a když mi potom pan doktor řekl, „kdybych nevěděl, jakou máte nemoc, tak mám tady před sebou

pomalou výsledky zdravý ženský“, tak najednou se mi rozsvítlo a řekla jsem si „aha, ta alternativa funguje“.

Myslíte si, že se díky nemoci prohloubil Váš zájem o léčitelství, astrologii, věštby apod.?
Určitě, určitě, jde to víc do hloubky. Horoskopy v novinách nebo v časopisech si čtu jenom, aby se neřeklo, ale vím, že to dělají ty lidi z té redakce, že na tom není ani špetka pravdy. A mám doma knihy od opravdu ..., třeba Souboj znamení, to je od vyhlášený kartářky, občas přečtu i jiné knihy co se týče astrologie, mě tohle baví a i tomu věřím. Prohloubil se ten zájem a dokonce mám vypracované životní horoskop, což jsou věci, kterým se dá věřit a jsou tam určitý domy, první dům, druhý dům a takovýhle, to jsou ty etapy života, tak mám dokonce napsaný, že protože jsem ve znamení Ryb a jsem hodně citlivý člověk, tak mě bude hodně pomáhat alternativní medicína a ne alopatické. Že léky, který já mám jako alopatický, to jsou ty chemický, tak vím, že to musím brát, ale taky vím, že mi hodně pomáhá ta alternativní medicína, že já na druhou stranu se z té chemie jakoby čistím.

Kladla jste si někdy otázky „proč se to stalo právě mně?“, „jaký to má všechno smysl?“
Kladla, kolikrát.

A pomohlo Vám právě léčitelství, alternativní medicína, astrologie, apod. najít v nich odpověď?

Mně hlavně pomohlo léčitelství, to ano, a myslím si, že nic není náhoda. A dokonce, já jsem takovej člověk, že věřím třeba i kartám, a 2 x mi vyšlo u ženských, který jsou vyhlášený jako opravdu dobrý kartářky, že v minulým životě – proto se mi to jako vrací, jako taková odezva, že v minulým životě jsem byla nějaká císařovna nebo kněžna, která byla strašně zlá. Nechala upalovat lidi, takže teď se mi to jako vrátilo. Karma. Ten život já si musím takovejhle prostě prožít, abych se s tím dokázala nějak srovnat a dojít odpuštění.

Je pro Vás víra v léčitele, kartáře apod. posila spíš po stránce psychické, duchovní, tělesné, nebo to zahrnuje všechno dohromady?

Všechno dohromady.

Přemýšlela jste během nemoci o Bohu?

Přemýšlela, určitě.

Myslíte si, že i víra v Bohu může dát člověku v nemoci posilu?

Určitě, určitě. Jsem o tom 100 % přesvědčená, ale to není moje cesta.

Příloha č. III

Ukázka dílčího procesu analýzy dat: kódování v programu MAXQDA 2018

PROMĚNY „TRADIČNÍ“ / „ALTERNATIVNÍ“ SPIRITUALITY V DOBĚ NEMOCI

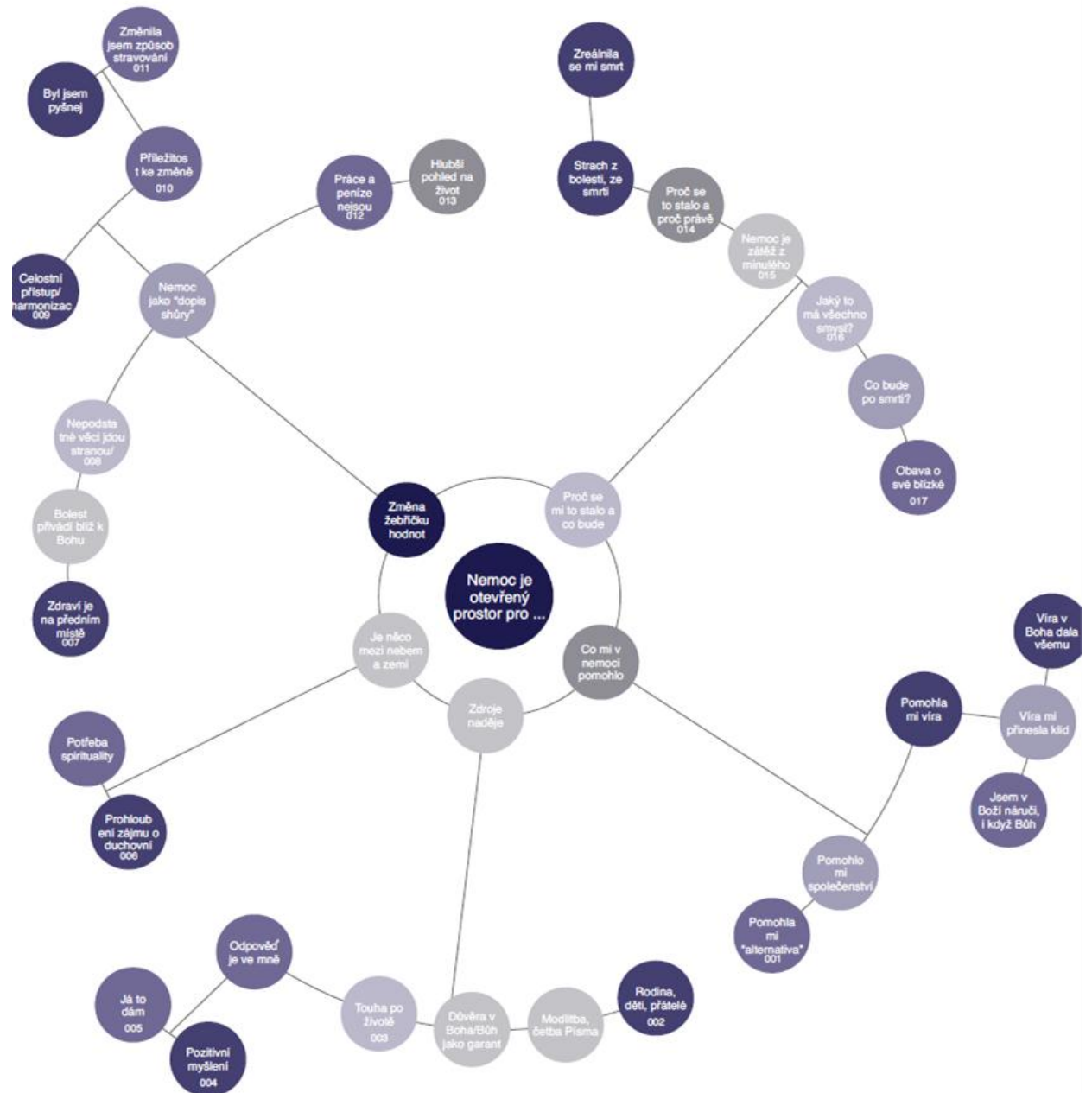
TRADIČNĚ VĚŘÍCÍ

The screenshot displays the MAXQDA 2018 interface. The main window shows a text document with several paragraphs. The first paragraph discusses the role of prayer in the context of illness, mentioning the Bible and the concept of 'prayer as a gift'. The second paragraph discusses the role of prayer in the context of illness, mentioning the Bible and the concept of 'prayer as a gift'. The third paragraph discusses the role of prayer in the context of illness, mentioning the Bible and the concept of 'prayer as a gift'. The fourth paragraph discusses the role of prayer in the context of illness, mentioning the Bible and the concept of 'prayer as a gift'. The fifth paragraph discusses the role of prayer in the context of illness, mentioning the Bible and the concept of 'prayer as a gift'. The sixth paragraph discusses the role of prayer in the context of illness, mentioning the Bible and the concept of 'prayer as a gift'. The seventh paragraph discusses the role of prayer in the context of illness, mentioning the Bible and the concept of 'prayer as a gift'. The eighth paragraph discusses the role of prayer in the context of illness, mentioning the Bible and the concept of 'prayer as a gift'. The ninth paragraph discusses the role of prayer in the context of illness, mentioning the Bible and the concept of 'prayer as a gift'. The tenth paragraph discusses the role of prayer in the context of illness, mentioning the Bible and the concept of 'prayer as a gift'. The right-hand side of the interface shows a list of codes (kódy) used for data analysis, including 'Dobrotivý', 'Všemohoucí', 'Nemoc a uzdrava', 'Modlitba', 'Když nemoc dovolí', 'Úcta na svědčí', 'Zaslouží se Bohu', 'Představa o Bohu', 'Cočtení', 'Proměnlivost', 'Nemoc a víra v B.', and 'Změna TR v době i...'. The interface also shows a toolbar with various icons for document manipulation and a sidebar with navigation options.

Příloha č. IV

Ukázka třídění dat pomocí myšlenkových map v aplikaci MINDLY

NEMOC JE OTEVŘENÝ PROSTOR PRO ...



Abstrakt

MARYŠKOVÁ, Jana. *Mezní životní situace těžce nemocných a umírajících pacientů – prostor pro etablované náboženství či „alternativní“ spiritualitu?* České Budějovice, 2020. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Školitel: Michal Opatrný.

Klíčová slova: závažné onemocnění, spiritualita, „tradiční“ spiritualita, „alternativní“ spiritualita, Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie, realizační funkce církve, opce pro chudé, klinická pastorační péče, „spiritual care“, kairos

Disertační práce se zabývá jednou z oblastí činnosti církve ve společnosti, konkrétně oblastí péče o nemocné v podobě klinické pastorační péče v kontextu mezní životní situace pacientů se závažným onemocněním, v konfrontaci s tzv. „alternativní“ spiritualitou. Klade si otázku, zda je závažné onemocnění prostorem pro křesťanství v podobě klinické pastorační péče či pro „alternativní“ spiritualitu, a to zejména se zřetelem k sekulárnímu českému kontextu. Za tímto účelem jsou v teoretické části práce nejprve stanovena základní a dílčí kritéria pro praxi církve, poté je analyzován současný společenský kontext, v němž je tato praxe realizována. Ten je, jak analýzy ukazují, charakterizován extrémně nízkým zájmem Čechů o křesťanství na jedné straně, avšak vysokým zájmem o magické fenomény na straně druhé. Tento kontext je následně zkoumán i v empirické části práce, jejíž výsledky korespondují s teoretickými východisky a ukazují, že mezní životní situace pacientů se závažným onemocněním otevírá u řady z nich prostor pro „alternativní“ spiritualitu coby opěrný systém v těžké životní situaci. V další části práce je proto stávající praxe církve porovnána se stanovenými kritérii a teologicky reflektována. Na základě této reflexe jsou určena dvě kritéria – *diakonia* a *martyria*, díky nimž je klinická pastorační péče schopna být partnerem v dialogu nejen křesťanům, ale i „alternativně“ věřícím pacientům a reagovat na jejich spirituální, existenciální, případně i náboženské potřeby. Závěrečná část práce je věnována sebepojetí klinické pastorační péče v sekulární instituci. Východiskem je zde mj. pojetí kaplanské služby v Armádě České republiky a charakter kategoriální pastorační péče, které vedou k závěru, že ačkoli se klinická pastorační péče setkává v řadě

aspektů s pomáhajícími profesemi a naopak se liší od tradiční farní pastorace, lze na ni – podobně jako v armádě – nahlížet jako na preevangelizační pastorační.

Abstract

Borderline life situations in seriously ill and dying patients. A space for established religions, or for alternative spirituality?

Keywords: serious illness, spirituality, traditional spirituality, alternative spirituality, Kriteriologie – Kairologie – Praxeologie, service function of the Church, option for the poor, clinical pastoral care, spiritual care, kairos

The dissertation deals with one of the spheres of the Church's action in society, specifically the function of caring for the ill in the form of clinical pastoral care in the context of the borderline life situations of patients suffering of a serious illness, in confrontation with so-called alternative spirituality. It asks whether a serious illness is a space for Christianity in the form of clinical pastoral work, or for alternative spirituality, especially with respect to the secular Czech context. To this purpose the theoretical part of the work first stipulates basic and partial criteria for the Church's practice and then analyses the contemporary social context in which this practice is realised. As the analyses show, the Czech context is characterised by the extremely low interest of Czech people in Christianity on the one hand, but a high interest in magical phenomena on the other hand. This context is then also examined in the empirical part of the dissertation, whose results correspond to the theoretical points of departure and show that the borderline life situations of seriously ill patients open in many of them a space for alternative spirituality as a support system in a difficult life situation. A further part of the work then compares the current practice of the Church with the stipulated criteria and reflects on it theologically. This reflection leads to the stipulation of two criteria – *diakonia* and *martyria*, which enable clinical pastoral care to be a partner in dialogue not only with Christians, but also with patients of alternative faiths, and to react to their spiritual, existential, and possibly even religious needs. The concluding part of the dissertation is devoted to the self-conception of clinical pastoral work in a secular institution. The points of departure here are, among other things, the conception of the chaplaincy service in the Czech Armed Forces and the character of categorial pastoral care, leading to the conclusion that although clinical pastoral care meets the helping professions in many aspects and on the other hand differs from

traditional pastoral care in parishes, it can – similarly to the army situation – be conceived as a form of pre-evangelism.