Studie/články– varia (Studies – Varia)

Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných: Výsledky výzkumu ve skupině „tradičně“/„alternativně“ věřících respondentů[1]

Jana Maryšková

Abstrakt
Článek představuje základní výsledky kvalitativního výzkumu *Vliv závažného onemocnění na „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitu nemocných* realizovaného v březnu až květnu 2018. Výzkumný soubor tvořilo 20 respondentů různých věkových skupin z Jihočeského kraje se závažným onemocněním, z nichž polovina byla „tradičně“ a polovina „alternativně“ věřících. Výzkum se zaměřil na odraz této mezní životní situace v jejich spiritualitě v kontextu klinické pastorační péče. Výsledky výzkumu ukázaly, že závažné onemocnění vzbuzuje otázky po smyslu a otevírá tím prostor jak pro „tradiční“, tak pro „alternativní“ spiritualitu. Zároveň však není faktorem, který by podstatně působil na vzájemnou otevřenost obou typů spirituality. V rámci stávající spirituality tak dochází k jejímu upevnění, prohloubení a posílení, u tzv. „alternativně“ věřících k rozšíření zájmu i o duchovní věci, nikoli však o křesťanství. Klinickou pastorační péči to staví před otázku, jak oslovit i tzv. „alternativně“ věřící a jak vyjít vstříc jejich spirituálním potřebám, aniž by však ztratila ze zřetele své křesťanské zakotvení.

Klíčová slova: klinická pastorační péče, „spiritual care“, nemocniční kaplan, „tradiční“ spiritualita, „alternativní“ spiritualita, závažné onemocnění

Předložený článek představuje základní výsledky kvalitativního výzkumu, který byl realizován v roce 2018 v regionu jižních Čech. Cílem, který si výzkum kladl, bylo zjistit, zda a jakým způsobem může závažné onemocnění ovlivnit „tradiční“[2] či „alternativní“[3] spiritualitu respondentů,

1 Tento článek vznikl za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, projekt č. 028/2018/H „Vliv závažného onemocnění na tradiční či alternativní spiritualitu nemocných“.

2 Vycházíme zde z předpokladu, že spiritualita je obecnou charakteristikou člověka a je v různé míře přítomná u naprosté většiny jedinců. Srov. Pavel ŘÍČAN, Spiritualita v centru struktury osobnosti, in: *Psychologie osobnosti*, ed. Marek BLATNÝ, Praha: Grada, 2010, s. 225–238. „Tradiční“ spiritualitou se zde rozumí spiritualita vycházející z křesťanských kořenů, kterou lze definovat jako „osobní prožívání vztahu k transcendentní skutečnosti, v tomto případě konkrétně k trojjedinému Bohu, (…) jakož i konkrétní podmínky, okolnosti, metody a etapy rozvoje tohoto vztahu.“ Ivan ŠTAMPACH, Nahradila spiritualita náboženství?, in: *Spiritualita. Fenomén spirituality z pohledu filozofie, religionistiky, teologie, literatury, teorie a dějin umění, pedagogiky, sociologie, antropologie, psychologie a výtvarných umělců*, ed. Hana BABYRÁDOVÁ – Jiří HAVLÍČEK, Brno: Masarykova univerzita, 2006, s. 99–105.

3 Pod pojmem „alternativní“ spiritualita se v tomto článku 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,

a to ve třech níže uvedených aspektech. Analýza těchto dat umožnila získat poznatky, které mohou být přínosné pro klinickou pastorační péči poskytovanou pacientům v této mezní životní situaci.

1. Teoretická východiska

V rámci komplexní péče o pacienta se dnes, vedle péče o fyzickou stránku, stala integrální součástí nemocniční péče v Evropě také péče o spirituální potřeby pacienta, která je realizována i v České republice v podobě tzv. klinické pastorační péče[4] poskytované nemocničními kaplany. Zatímco u našich západních sousedů je tato péče již dlouhodobě etablovaná, v České republice ještě není 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 již dostatečně diskutovaná, v sousedních německy mluvících zemích je v současné době aktuálním tématem nové vymezení úlohy a definice klinické pastorační péče v souvislosti s tzv. „spiritual care", která může být v budoucnu tématem i u nás. Vztah „spiritual care" jako nového interdisciplinárního konceptu péče a klinické pastorační péče není diskutován jen v sousedních zemích. Řada konceptů „spiritual care" byla vypracována ve Velké Británii a v USA, kde toto téma vyvolalo diskuse mezi konzervativními a liberálními teology o pozitivech a negativech „spirituální péče" oproti konfesně zaměřené pastorační péči.[5] Z anglo-amerického prostředí ostatně tento termín pochází: Ve Velké Británii, USA a v Kanadě se před více než 25 lety etabloval jako odborný termín v oblasti zdravotnictví. V Evropě se tento výraz rozšířil nejprve v Holandsku, postupně pronikl i do Německa a dalších německy mluvících zemí,[6] kde se této tematice věnují odborníci z řad teologů s přesahem do medicíny či lékařské etiky.[7] V Německu byla 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.[8] „Spiritual care" vychází ze široce definovaného pojmu spiritualita, kterou lze chápat jako vnitřní postoj a osobní hledání smyslu v různých životních situacích, zejména však v situacích spojených s existenciálními otázkami a která, takto pojata, nepatří do výlučné kompetence nemocničních kaplanů, ale je záležitostí i dalších profesních skupin, které pracují s těžce nemocnými a umírajícími pacienty.[9] 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 zohledňovat nejlépe

jóga, new age, východní medicína, ‚alternativní' medicína jako např. homeopatie apod." Dana HAMPLOVÁ, *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*, Praha: Karolinum, 2013, s. 14.

4 Definice klinické pastorační péče viz např. Marie OPATRNÁ, *Etické problémy v onkologii*, 2. přeprac. a doplň. vyd., Praha: Mladá fronta, 2017, s. 95.

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

6 Srov. Doris NAUER, *Spiritual Care statt Seelsorge?,* 1. vyd., Stuttgart: Kohlhammer, 2015, s. 10.

7 Za všechny jmenujme např. M. Beloka, C. Kohli Reichenbachovou, B. a A. Hellerovi, E. Fricka, M. Klessmanna, D. Nauerovou, U. H. J. Körtnera či T. Rosera.

8 Srov. Traugott ROSER, Seelsorge und Spiritual Care, in: *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, ed. Michael KLESSMANN, 4. rozšíř. vyd., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2013, s. 70–71.

9 © Srov. Michael KLESSMANN, Im Strom der Zeit … Von der evangelischen über die ökumenische zur interkulturellen Seelsorge und spiritual care (on-line), dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/274455153_Im_Strom_der_Zeit, citováno dne 17. 3. 2019.

a má pomoci integrovat úzce konfesně vázanou pastorační péči různých církví do obsáhlejšího konceptu péče a doprovázení v rámci systému nemocnice.[10] T. Roser navrhuje chápat pojem „spiritual care" jako nadřazený pojem, jako svého druhu „deštník", pod kterým mají své místo různé profesní skupiny a různé koncepty, tedy i pastorační péče církví. Ta se však zároveň musí profilovat vůči ostatním profesím poskytujícím „spiritual care" a jasně formulovat své proprium.[11] To s sebou přináší otázky týkající se její nové role, definice a kompetencí.

Úvahy o úloze a místu klinické pastorační péče v nemocnicích jsou proto v tomto kontextu legitimní i v České republice, zejména s ohledem na přetrvávající nízký zájem Čechů o církve a s nimi spojený typ spirituality či religiozity na jedné straně,[12] a naopak na poměrně vysoký zájem o tzv. „alternativní" spiritualitu na straně druhé.[13] Ačkoli je klinická pastorační péče, jak z její definice vyplývá, zaměřena na poměrně široké spektrum klientů bez ohledu na jejich vyznání, nabízí se otázka, zda a nakolik je skutečně schopná oslovit i tzv. „alternativně" věřící pacienty a zda by si vyžádali doprovázení nemocničním kaplanem. Zahraniční výzkum mezi onkologickými pacienty např. 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.[14] Další otázkou je, zda i někteří křesťané v období závažného onemocnění nehledají pomoc mimo oblast křesťanství a zda závažné onemocnění skutečně otevírá prostor pro otázky po smyslu, po tom, co člověka přesahuje, a dotýká se tak oblasti spirituality, transcendence a náboženství.[15] Předložený kvalitativní výzkum hledal odpovědi na tyto otázky zaměřením se na mezní životní situaci a její odraz ve spiritualitě „tradičně" i „alternativně" věřících respondentů v kontextu klinické pastorační péče. Podnětem k výzkumu byla vedle toho i skutečnost, že zatímco spirituální potřeby nemocných v souvislosti se závažným onemocněním či vliv spirituality/religiozity na fyzické, duševní zdraví a pohodu pacienta jsou častým předmětem výzkumného zájmu, u opačného vztahu – vlivu závažného onemocnění na „tradiční" či „alternativní" spiritualitu nemocných není podobný zájem zřejmý a neexistuje relevantní literatura k tomuto tématu.

2. Výzkumná část

Vlastní výzkum probíhal v období březen až květen 2018 v regionu jižních Čech. Oproti původně zamýšlené metodě dotazníkového šetření prostřednictvím kvantitativního výzkumu byl pro sběr dat zvolen kvalitativní výzkum prováděný metodou polostrukturovaného rozhovoru, který se jevil jako vhodnější vzhledem k osobní povaze otázek a možnosti hloubkového rozhovoru, i když přináší data od menšího množství respondentů.[16] Výzkum byl zaměřen na dva 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

10 Srov. KÖRTNER, *Leib und Leben* …, s. 93–94.
11 Srov. ROSER, Seelsorge und Spiritual Care…, s. 62–76; dále srov. © Michael KLESSMANN, Im Strom der Zeit …
12 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 (on-line), dostupné na: http://www.pewforum.org/2017/05/10/religious-belief-and-national-belonging-in-central-and-eastern-europe/, citováno dne 10. 2. 2019.
13 Srov. HAMPLOVÁ, *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*…, s. 14–15 a s. 74.
14 Srov. ROSER, Seelsorge und Spiritual Care…, s. 74.
15 Srov. Marek VÁCHA – Radana KÖNIGOVÁ – Miloš MAUER, *Základy moderní lékařské etiky*, Praha: Portál, 2012, s. 71–87.
16 Ačkoli se v kvalitativních výzkumech užívá termín „komunikační partneři", je v tomto článku ponechán výraz „respondent", který podle našeho názoru lépe vystihuje podstatu tohoto výzkumu a který užívá např. i J. Hendl. Srov. Jan HENDL, *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*, 4. přeprac. a rozšíř. vyd., Praha: Portál, 2016, s. 168–170.

„tradiční“ i „alternativní“ spirituální postoje nemocných. Za tímto účelem byly definovány dvě stěžejní výzkumné otázky a jejich podotázky:

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

2.1 Postup výzkumu

Data byla získána od respondentů z Jihočeského kraje se snahou o rovnoměrné zastoupení mužů i žen. Dalšími důležitými kritérii výběru respondentů bylo prodělané či prodělávané závažné onemocnění a 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 časné dospělosti, kdy je již dosaženo osobní zralosti, dochází k upevnění identity dospělého, upřesnění osobních i profesních cílů[17] a tito respondenti by tedy již měli být schopni zamýšlet se seriózněji a hlouběji nad otázkami souvisejícími se smyslem a hodnotou života v souvislosti se závažným onemocněním. Posledním kritériem byla „víra“ respondentů, tedy zda jsou tzv. „tradičně“ či „alternativně“ věřící. Celkem bylo osloveno 30 respondentů, 8 z nich účast ve výzkumu odmítlo, 2 – 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. Výzkum byl proveden na vzorku 20 respondentů, z nichž nejmladšímu bylo v době výzkumu 28 let, nejstaršímu 75 let. 10 respondentů bylo ve skupině tzv. „tradičně“ věřících a 10 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.[18] Z 20 respondentů 11 mělo onemocnění onkologické, 4 respondenti onemocnění psychiatrické, 2 kardiovaskulární a po jednom respondentovi onemocnění gastroenterologické, metabolické a plicní.

2.1.1 Realizace rozhovorů a etický aspekt

Všichni respondenti byli osloveni osobně, prvními respondenty byli zběžně známí lidé z bezprostředního okolí autora, kteří následně doporučili další možné respondenty a pomohli se zprostředkováním kontaktů. Poté bylo postupováno metodou „sněhové koule“. Před realizací vlastního dotazování bylo telefonickým rozhovorem s respondenty ověřeno, zda splňují výše uvedená kritéria, poté byly upřesněny informace o místě a čase setkání. Rozhovory probíhaly v různých prostředích podle volby respondentů a bez účasti třetích osob, vždy se však jednalo o tzv. bezpečné

17 Srov. Josef LANGMEIER – Dana KREJČÍŘOVÁ, *Vývojová psychologie*, Praha: Grada, 2006, s. 167–170.

18 Srov. HAMPLOVÁ, *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí…*, s. 110; dále srov. Olga NEŠPOROVÁ, Českolipská necírkevní spirituální scéna, in: *Náboženství v menšině: Religiozita a spiritualita v současné české společnosti*, Dušan LUŽNÝ – Zdeněk R. NEŠPOR a kol., Praha: Malvern, 2008, s. 150.

prostředí. 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. Na základě této informace byli respondenti dotázáni, zda souhlasí s uskutečněním rozhovoru ve smyslu poučeného souhlasu.[19] Průměrná délka hlavní fáze rozhovorů byla asi 35 minut, celková délka s úvodní a ukončovací fází, v níž byly položeny i otázky týkající se demografických údajů, cca 45–50 minut.

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.[20] 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. 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?,[21] 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.

2.2 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.[22] 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. Vlastní analýza rozhovorů probíhala pomocí otevřeného kódování, tzn. zařazováním slov, sousloví, odstavců do obsahově podobných kategorií výroků a jejich subkategorií. Ačkoli je otevřené kódování spojeno s tzv. metodou zakotvené teorie,[23] je, jak uvádí V. Suchomelová, „využíváno i dalšími analytickými přístupy pro svou jednoduchost a efektivnost při roztřídění velkého objemu dat"[24], 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.[25] 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. První, hrubé rozčlenění

19 Srov. Roman ŠVAŘÍČEK – Klára ŠEĎOVÁ a kol., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, Praha: Portál, 2007, s. 46–49.
20 Srov. tamtéž, s. 43–49.
21 Srov. HAMPLOVÁ, *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí…*, s. 59–61.
22 Srov. Michal MIOVSKÝ, *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Praha: Grada, 2006.
23 Srov. Anselm STRAUSS – Juliet CORBINOVÁ, *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*, Brno: Sdružení Podané ruce; Boskovice: Albert, 1999.
24 Věra SUCHOMELOVÁ, *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*, Praha: Návrat domů, 2016, s. 130.
25 Srov. Michal MIOVSKÝ, *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Praha: Grada, 2006.

textu bylo provedeno metodou „tužka – papír“, následně byly texty zpracovány za pomoci softwarového programu MAXQDA 12. Vztahy mezi kategoriemi a subkategoriemi byly rovněž znázorněny pomocí tzv. myšlenkových map v aplikaci Mindly. Tematická analýza umožnila získat ze zkoumaných textů množství výpovědí, postojů, názorů k jednotlivým tematickým okruhům. Ty byly poté porovnávány s výsledky a poznatky jiných kvantitativních a kvalitativních výzkumů.

3. Výsledky

V následující části jsou představeny výsledky výzkumu, a to v základní podobě vzhledem k rozsahovým možnostem článku.

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. Důležitým faktorem utvářejícím základní orientaci směrem k „tradiční“ či „alternativní“ spiritualitě respondentů byla jejich *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 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. K těmto *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). 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 1x měsíčně). Významnou roli zde kromě toho hrála i náboženská socializace v rodině.[26] Zásadní změnou pro respondenty byl okamžik „zvnitřnění“ jejich víry a vytvoření osobního vztahu k Bohu, který je přivedl zpět ke křesťanství.

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

26 Srov. Dana HAMPLOVÁ, Čemu Češi věří: dimenze soudobé české religiozity, *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 4/2008, s. 714–715.

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 nepředávaly „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".[27] Absence náboženské socializace v církvích a rodinách tak vytvořila prostor pro jiný typ spirituality než tzv. „tradiční". U dvou respondentů (paní Gabriela, 43 let; 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 boomu esoterické literatury v 90. letech 20. století – podíl na vzbuzení zájmu o „alternativní" spiritualitu, patřily vstup na střední školu, změna politických poměrů v roce 1989 a potřeba zásadní životní změny v dospělém věku. Tyto *životní předěly* významným způsobem ovlivnily spiritualitu „alternativně" věřících respondentů ve smyslu vyvolání zájmu či jeho rozšíření a prohloubení.

3.2 „Tradiční" a „alternativní" spiritualita v kontextu závažného onemocnění

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.

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 (např. Pavel, 50 let; Věra, 28 let) a v přehodnocení životních priorit. U řady respondentů přestala být na prvním místě práce (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). 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). 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*

27 Tamtéž, s. 715.

okolí" (Irma, 42 let). Svou roli v tomto případě mohla 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 zvládání nemoci sama. Význam rodiny a přátel při vyrovnávání se se závažným onemocněním potvrzuje i klinická psycholožka 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 zvládání."[28] Bezvýhradné přijetí a podpora ze strany společenství proto mohly sehrát pozitivní roli při zvládání 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 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 dosavadní 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 zvládání 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.*" 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, vnímali nemoc „*jako svůj osud*", resp. 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*". 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.

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

3.2.2 Změny „tradiční"/„alternativní" spirituality v době 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 obě skupiny respondentů měly zkušenost s „tradiční"/„alternativní" spiritualitou již v době před onemocněním.

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 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 %)."[29] 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 v období nemoci proměnila jejich dřívější představa o Bohu. Např. pan David, 41 let, uvedl: *„Proměnila, uvědomí si opravdu člověk v tý nemoci tu závislost na Bohu. On je garant* (smyslu) *a my jsme prostě jen tvorové (…)"*. 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 proměnila 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; 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.

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"[30], 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

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

30 Autoři Z. Vojtíšek, P. Dušek a J. Motl uvádí, 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 skrytý smysl pacientových potíží a tvoří smysluplný příběh jeho života, (…) ponechávají pacienta spolupracovat na uzdravení prostřednictvím účasti na rituálech, vykonávaných samotným léčitelem (…) apod." Srov. Zdeněk VOJTÍŠEK – Pavel DUŠEK – Jiří MOTL, *Spiritualita v pomáhajících profesích*, Praha: Portál, 2012, s. 23.

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.[31] Pokud jde o léčitele, respondenti důsledně rozlišovali mezi léčiteli a šarlatány, před kterými varovali. Na léčitelích 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."[32] Z analýzy dat předloženého výzkumu vyplývá, že se zde uplatnily obě tyto varianty. Respondenti ve skupině tzv. „alternativně" věřících se 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. Nemoc, která primárně vyžadovala řešení zdravotního problému, 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.

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 otevřeni alternativním postupům a naopak tzv. „alternativně" věřící respondenti některým prvkům křesťanství. Otázce prolínání typů spirituality se věnoval i kvantitativní výzkum *International Social Survey Program 2008*, 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.[33] Vzhledem k tomu, že závažné onemocnění představuje specifickou situaci, bylo zajímavé sledovat, zda výsledky výše uvedeného šetření platí i v tomto případě.

Výzkum 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."* 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, 53 let, která ji absolvovala ještě před svým onemocněním. Ani ona ji nechápe jako „alternativu", neboť ji neprováděl léčitel, 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 pětice respon-

31 Podle vyjádření respondentů se přitom nejednalo o zábavu, nýbrž o „víru" v horoskopy a karty odhalující budoucnost, osud, naznačující cestu, kterou se má respondent vydat apod.

32 Eva KŘÍŽOVÁ, Jak užívají čeští pacienti alternativní léčebné postupy a jak hodnotí jejich efekty? (Sociologický průzkum zkušeností s alternativní medicínou a postojů k ní), *Praktický lékař* 1/2001, s. 36.

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

dentů, paní Zdena, 75 let. Její zájem o tuto alternativní metodu byl přitom na počátku veden zdravotními problémy. 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 výzkumu O. Nešporové, které ukázaly, že lidi přitahuje propojení duchovna s běžným životem a tělesnem. „Takto to funguje i v případě léčitelství, kde je primární zdravotní problém na úrovni tělesné, se kterým přichází klienti na poradu, a teprve posléze se ukáže, že způsob jeho odstranění spočívá v postupech, ve kterých hraje duchovní stránka či osobnostní proměna důležitou část.“[34] 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 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 energii, 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 1x měsíčně do kostela pouze 8 % Čechů, v době Vánoc je to však 38 %, neboť Češi, i když nevěří v Boha, řadí návštěvu kostela mezi vánoční zvyky.[35] 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 (…).“[36] 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). 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.

34 Olga NEŠPOROVÁ, Českolipská necírkevní spirituální scéna, in: *Náboženství v menšině: religiozita a spiritualita v současné české společnosti*, Dušan LUŽNÝ – Zdeněk R. NEŠPOR a kol., Praha: Malvern, 2008, s. 155.

35 Srov. © STEM, Téměř dvě pětiny občanů řadí mezi vánoční zvyky návštěvu kostela (on-line), dostupné na: https://www.stem.cz/temer-dve-petiny-obcanu-radi-mezi-vanocni-zvyky-navstevu-kostela-2/, citováno dne 26. 1. 2019.

36 Srov. Radek TICHÝ, Náboženské/spirituální představy, zkušenosti a zájmy českolipských občanů, in: *Náboženství v menšině: religiozita a spiritualita v současné české společnosti*, Dušan LUŽNÝ – Zdeněk R. NEŠPOR a kol., Praha: Malvern, 2008, s. 178.

4. Shrnutí a závěry pro klinickou pastorační péči

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, 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 dosavadních 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 (akupunktuře a homeopatii), míra této otevřenosti však nebyla příliš velká a byla dána primárně 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. 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, nevyvstává potřeba zajímat se o jiné náboženské fenomény, např. o křesťanství.

Jak výsledky výzkumu ukázaly, je otevřenost „alternativní" spirituality vůči křesťanství velmi nízká, což se může odrazit i v klinické pastorační péči. Zatímco u tzv. „tradičně" věřících respondentů tak může klinická pastorační péče v mezní životní situaci přijít s širokou nabídkou pomoci v podobě modlitby, návštěvy bohoslužeb, svátostí, rituálů a duchovního doprovázení, pro tzv. „alternativně" věřící respondenty se zdají být tyto možnosti omezené. Respondenti z této skupiny projevují k církvím spíše despekt, nemají potřebu setkání s duchovním a jak se zdá, různé alternativní praktiky plně uspokojují jejich potřeby. Křesťanství, jak uvedla jedna z respondentek, „*není jejich cestou*". Mohlo by se tedy zdát, že by pro tuto skupinu klientů byla vhodnější výše zmíněná nekonfesní „spiritual care" vycházející ze široce definovaného pojmu spiritualita, která, takto pojata, je záležitostí nejen nemocničních kaplanů, ale i dalších profesí, které mohou reagovat na spirituální potřeby lidí v nemocnici. Klinická pastorační péče však ze své definice není zaměřena pouze na úzkou skupinu „tradičně" věřících, 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 zdůrazněno v dekretu *Ad gentes*, „církev přísně zakazuje, aby byl někdo k přijetí víry nucen nebo přiváděn či lákán nepatřičnými

způsoby (…)“.[37] Jakkoli může být snaha o navázání kontaktu s tzv. „alternativně“ věřícím pacientem z důvodu jeho nezájmu obtížná, nabízí situace závažného onemocnění témata, prostřednictvím kterých lze i tyto pacienty oslovit. Analýza dat ukázala, že k těmto tématům patří především rodina, zejména děti, dále práce, změna životního stylu v souvislosti s onemocněním či osobnostní rozvoj. Tato témata mohou napomoci kontaktu s pacientem a mohou rovněž skrývat potenciál pro hlubší rozhovor (např. obavy o budoucnost rodiny). Nemocniční kaplan může prostřednictvím těchto témat napomáhat nemocnému k vnitřnímu přijetí jeho nemoci, překonání strachu a úzkosti, k aktivování vnitřních zdrojů síly a nacházení zdrojů naděje i mimo oblast křesťanství.
Dalším „styčným bodem“ může být pro klinickou pastorační péči potřeba holistického propojení tělesné a duchovní stránky, kterou „alternativně“ věřící respondenti ve výzkumu deklarovali. 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“.[38] I zde by proto mohla klinická pastorační péče nalézt společné téma s „alternativně“ věřícími.
Možným tématem rozhovoru může být i křesťanství jako zkušenost respondentů z dětství. Jak výzkum ukázal, většina respondentů ve skupině tzv. „alternativně“ věřících je pokřtěná a polovina z nich má z dětství zkušenost s některou z křesťanských praktik – návštěvou kostela, modlitbou či četbou Písma. I když se u respondentů jedná spíše o vzpomínky, které patří minulosti, mohou být ve vhodném okamžiku výchozím bodem pro nemocniční kaplany.
Výše uvedený výzkum ukázal ještě jeden, pro klinickou pastorační péči důležitý aspekt. „Alternativně“ věřící respondenti v rozhovorech varovali před tzv. šarlatány a jejich praktikami a kritizovali byznys se zdravím u některých z nich. Různé alternativní metody a postupy mohou bezpochyby poškodit pacienty ve fyzické, psychické i duchovní oblasti, jak upozorňuje např. J. Heřt. Ten uvádí kromě rizika přímého poškození pacienta riziko falešné diagnózy, finanční ztráty, zanedbání řádné léčby, nevhodné rady léčitelů, negativní ovlivnění lékaře a další.[39] Nemocniční kaplani musí přirozeně respektovat svobodu pacienta v rozhodování, mohou však i „alternativně“ věřícímu pacientovi, se kterým jsou v kontaktu, doporučit, aby si promluvil s ošetřujícím lékařem dříve, než učiní rozhodnutí týkající se např. ukončení či odmítnutí léčby ve prospěch léčby „alternativní“.
Klinická pastorační péče zůstává i v setkání s „alternativně“ věřícími pacienty křesťanskou službou vycházející z toho, že člověk má ve svém srdci zákon vepsaný Bohem a ve svém svědomí – „nejtajnějším středu a svatyni“ – může naslouchat Božímu hlasu.[40] Každý člověk je navíc způsobem, který zná jen Bůh, spojen s velikonočním tajemstvím[41] a obě tyto skutečnosti znamenají, že každý člověk je zároveň schopen zakoušet sám sebe jako místo Božího působení. Proto lze i v komunikačně obtížných situacích „alternativně“ věřícímu pacientovi implicitně – již pouhým spolubytím s ním v obtížné životní situaci, svou účastí, empatickým nasloucháním, ale i mlčením – zprostředkovat Boží blízkost, soucitnou Boží lásku a naději.
Jak z výše uvedeného vyplývá, může být klinická pastorační péče partnerem i tzv. „alternativně“ věřícím pacientům v době jejich závažného onemocnění, nalezne-li společná témata k rozhovoru, která, jak výše uvedený výzkum ukázal, nemusí být zpočátku zřejmá, avšak jsou implicitně

37 *Ad gentes*, čl. 13.
38 Tomáš HALÍK, *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*, Brno: Cesta, 1991, s. 9.
39 Jiří HEŘT, *Alternativní medicína a léčitelství*, Praha: Nosková Věra, 2011, s. 214–215.
40 Srov. *Gaudium et spes*, čl. 16.
41 Srov. tamtéž, čl. 22.

přítomna ve vyjádření pacientů. Nelze samozřejmě vyloučit, že by bylo snazší oslovit a doprovázet tyto pacienty v rámci tzv. „spiritual care" prostřednictvím jiných osob než nemocničních kaplanů; klinická pastorační péče však má v rámci nemocnic ještě jednu specifickou úlohu vyplývající z jejího křesťanského zakotvení: přispívá mj. k humanizaci medicíny a je tak hluboce evangelizační.[42]

Závěr

Výzkum, který je předmětem tohoto článku, se zabýval problematikou vlivu závažného onemocnění na „tradiční" či „alternativní" spiritualitu nemocných. Analýza dat zároveň umožnila získat poznatky, které mohou být přínosné pro klinickou pastorační péči.
Jak analýza dat ukázala, otevírá závažné onemocnění prostor nejen pro tzv. „tradiční", ale i tzv. „alternativní" spiritualitu, přičemž jejich vzájemná otevřenost je velmi nízká. Zatímco ve skupině „tradičně" věřících respondentů bylo možné pozorovat určitý zájem o alternativní metody motivovaný snahou o uzdravení, ve druhé skupině nebyla inklinace ke křesťanství pozorovatelná vůbec. Nikdo z respondentů v této skupině neprojevil v souvislosti se závažným onemocněním zájem o „tradiční" spiritualitu a jak z výsledků výzkumu vyplynulo, alternativní metody plně saturovaly potřeby těchto respondentů. Tato skutečnost staví klinickou pastorační péči před otázku způsobu oslovení pacientů ze skupiny tzv. „alternativně" věřících a možnosti jejich doprovázení. V sekulárním českém prostředí, v němž je nízký zájem o církve a s nimi spojený typ spirituality či religiozity a naopak poměrně vysoký zájem o „alternativní" spiritualitu, navíc vyvolává otázku po úloze a místu klinické pastorační péče, zejména v souvislosti s tzv. „spiritual care", která je nyní diskutována v sousedních německy mluvících zemích. Aby klinická pastorační péče dostála svému poslání „prospět trpícím v těžkých situacích bez ohledu na jejich vyznání",[43] musí hledat témata, prostřednictvím kterých lze oslovit i „alternativně" věřící pacienty a způsoby, jak vyjít vstříc jejich spirituálním potřebám, aniž by přitom ztratila ze zřetele své křesťanské zakotvení. Předložený výzkum ukázal, že taková témata lze najít.

Kontakt na autora
Mgr. et Mgr. Jana Maryšková
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta, Katedra etiky, psychologie a charitativní práce
Kněžská 8, 370 01 České Budějovice
marysj00@tf.jcu.cz

42 Toto vyjádření není v rozporu s Etickým kodexem nemocničního kaplana, v němž je výraz „neevangelizační" užit ve významu „nemisijní".

43 © Katolická asociace nemocničních kaplanů, Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice (on-line), dostupné na: http://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/03/Dohoda-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-kesta%C5%BEen%C3%AD.pdf, citováno dne 26. 2. 2019.