

# UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

## FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

**Katedra řízení a supervize  
v sociálních a zdravotnických službách**



## **Specifika supervize nemocničních kaplanů v České republice**

*Diplomová práce*

**Bc. Zuzana Vačkářová**

Vedoucí práce: doc. PhDr. Zuzaně Havrdové CSc.

Praha 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. 7. 2020

Bc. Zuzana Vačkářová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Zuzaně Havrdové CSc. za moudré a laskavé vedení, trpělivost a obohacující podněty, P. ThLic. Markovi Františku Drábkovi, DiS., O.Praem. za podporu a vhled do světa nemocničních kaplanů, vedoucím Asociace nemocničních kaplanů a Katolické asociace kaplanů za spolupráci na provedeném výzkumu. V neposlední řadě děkuji nemocničním kaplanům za účast na výzkumu a přijetí a za podporu a trpělivost nejbližším přátelům.

# Obsah

Abstrakt .....	6
ÚVOD .....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1. Supervize .....	10
1. 1. Vymezení pojmu .....	10
1. 2. Reflexe.....	11
1. 3. Supervizor.....	12
1. 4. Druhy supervize a její funkce.....	13
1. 4. 1. Supervize externí x interní (osoba supervizora).....	13
1. 4. 2. Supervize týmová x individuální x skupinová (množství supervidovaných).....	13
1. 4. 3. Supervize pravidelná x příležitostná x krizová (časový interval) .....	14
1. 4. 4. Supervize případová x poradenská x programová (obsah supervize)	14
1. 4. 5. Supervize administrativní x výuková x podpůrná (způsob přístupu).	14
1. 5. Supervize v pomáhajících profesích.....	15
1. 6. Supervize v pastorační práci.....	16
1. 7. Shody a rozdíly v pojetí supervize v pomáhajících profesích a v pastorační práci .....	18
2. Duchovní péče .....	19
2. 1. Vymezení pojmu .....	19
2. 2. Spiritualita a/vs. religiozita.....	20
2. 3. Vliv spirituality a religiozity na zdraví člověka .....	22
2. 4. Holistický přístup k péči o pacienta .....	24
2. 4. 1. Humanistická psychologie – A. Maslow.....	24
2. 4. 2. Existencionální psychologie – V. Frankl .....	25

2. 4. 3. Spirituálně zaměřená holistická pastorační péče.....	26
3. Nemocniční kaplanství.....	28
3. 1. Kaplan – vymezení pojmu.....	28
3. 2. Legislativní zakotvení nemocničního kaplanství .....	29
3. 3. Asociace sdružující nemocniční kaplany .....	30
3. 3. 1. Katolická asociace nemocničních kaplanů (dále pouze KANK) .....	31
3. 3. 2. Asociace nemocničních kaplanů (dále pouze ANK).....	31
3. 4. Formy podpory a péče o nemocniční kaplany.....	31
3. 5. Činnost a role nemocničního kaplana.....	32
3. 6. Pracovní pole nemocničního kaplana .....	34
EMPIRICKÁ ČÁST .....	37
4. Kontext výzkumu .....	37
5. Účel a cíl výzkumu.....	38
6. Metodologie.....	38
7. Etické aspekty výzkumu.....	39
8. První fáze výzkumu – kvantitativní část .....	40
8. 1. Cíl a výzkumné otázky .....	40
8. 2. Hypotézy.....	41
8. 3. Použitá metoda .....	43
8. 4. Výzkumný soubor .....	43
8. 5. Zpracování dat .....	44
8. 6. Výsledky.....	45
8. 6. 1. Dílčí výzkumná otázka 1: Jaké jsou charakteristiky nemocničního kaplana v ČR?.....	45
8. 6. 2. Dílčí výzkumná otázka 2: Je nemocničním kaplanům všeobecně dostupná a poskytovaná profesionální supervize nebo jiná forma podpory? .....	47
8. 6. 3. Ověřování hypotéz .....	51

9. Druhá fáze výzkumu – kvalitativní část .....	56
9. 1. Cíl a výzkumná otázka .....	56
9. 2. Výběr účastníků výzkumu .....	57
9. 3. Představení účastníků výzkumu .....	59
9. 4. Použitá metoda a postup tvorby dat.....	60
9. 5. Zpracování dat .....	60
9. 6. Výsledky druhé fáze výzkumu – kvalitativní části.....	65
9. 6. 1. Univerzální styl supervizní práce .....	65
9. 6. 2. Specifika pracovního prostředí.....	66
9. 6. 3. Jazyk.....	69
9. 6. 4. Témata / obsahy.....	71
9. 6. 5. Supervizor pro nemocniční kaplany – hledání ideálu .....	73
9. 6. 5. 1. Supervizor kaplan.....	74
9. 6. 5. 2. Supervizor zvenku .....	75
9. 6. 5. 3. Supervizor ideál.....	76
9. 7. Limity výzkumu .....	78
9. 8. Sebereflexe výzkumníka .....	78
9. 9. Diskuse .....	80
10. Závěr.....	84
ZÁVĚR.....	86
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	87
SEZNAM UŽÍVANÝCH ZKRATEK .....	92
PŘÍLOHY .....	93

## ABSTRAKT

Profesionální supervize uskutečňující se na základě trojstranného kontraktu speciálně vyškoleným supervizorem, je součástí zkvalitňování péče v pomáhajících profesích. Přestože supervize v pastorační práci vykazuje mnohé shody se supervizí v pomáhajících profesích, lze najít rozdíl v důrazu na její duchovní a teologické bohatství. Koncept takto pojaté supervize v ČR chybí, což vedlo k potřebě zmapovat situaci supervize poskytované nemocničním kaplanům v ČR a dotazovat se na to, zda poskytovaná supervize splňuje parametry profesionální supervize.

Spirituálně zaměřená holistická pastorační péče, která je v práci prezentována, vychází z biblických pramenů, kdy spirituální rozměr lidské existence je pevně zakotven v předporozumění nemocničního kaplana (pastoračního pracovníka) a komunikace probíhá specifickým jazykem v rámci specifického diskursu. Supervize poskytovaná nemocničním kaplanům by tak měla na tyto skutečnosti reagovat a zrcadlit je. Druhá fáze výzkumu se zaměřuje na možná specifika a nároky na osobu supervizora z toho vyplývající.

Klíčová slova: supervize, supervize v pastorační práci, klinická pastorační péče, spiritualita, religiozita, spirituálně zaměřená pastorační péče, nemocniční kaplan

## **ABSTRACT**

Professional supervision realized in terms of tripartite contract by trained supervisor is a part of care improvement in helping professions. Although pastoral supervision is manifesting many similarities to supervision in helping professions, a difference can be found in the emphasis on its spiritual and theological richness. There is no concept of such perceived supervision in the Czech Republic. This led to the need for mapping the situation of supervision provided to healthcare chaplains in the Czech Republic and for inquiries as to whether the provided supervision comply with the parameters of professional supervision.

Spiritually centered holistic pastoral care, which is presented in their work, comes from biblical sources. Thus, spiritual dimension of human existence is firmly founded in the prior understanding of the healthcare chaplain (pastoral worker) and communication is realized in a specific language within specific discourse. Supervision provided to healthcare chaplains should, therefore, react to these circumstances and reflect them. The second phase of the research is concerned with the possible specifics and demands on the supervisor which lead from it.

Key words: supervision, pastoral supervision, clinical pastoral care, spirituality, religiosity, spiritually centered holistic pastoral care, healthcare chaplain



# ÚVOD

Supervize se stává již běžným nástrojem ve zkvalitňování péče o klienta v pomáhajících profesích a je zahrnuta v plnění Standardů kvality sociálních služeb. Supervize ve zdravotnictví je prozatím v počátcích. Nemocniční kaplani, kteří pracují ve zdravotnických organizacích jako nezdravotní pracovníci a přicházejí z prostředí církve, mají nelehkou pozici a poslání. Jejich služba se zaměřuje na spirituální rozměr lidského bytí, a tak obohacuje péči o pacienta v rámci tzv. holistického přístupu péče, což v ČR není přístup všeobecně rozšířený. Sama jako pacientka s chronickou nemocí jsem zažívala pomalý přerod přístupu k pacientovi jako partnerovi, nicméně mi nikdy nebyla zdravotníky nabídnuta služba nemocničního kaplana. Supervize jako jedna z forem péče o nemocniční kaplany a nástroj ke zkvalitňování jejich služby je v ČR poměrně novým fenoménem, přestože je obsažena ve standardech pro poskytování nemocniční kaplanské služby v Evropě, které byly převzaty i pro český kontext. Více jsem se o supervizi nemocničních kaplanů začala zajímat v rámci své supervizní praxe, kdy jsem začala vést supervizi týmu nemocničních kaplanů a tím jsem začala poznávat hlouběji nejen náročné poslání nemocničních kaplanů, ale i výzvy, se kterými se potýkají každý den. Začala jsem přemýšlet nad tím, zda jsem – jako supervizor - dostatečně vybavena pro supervizi právě nemocničních kaplanů, zda supervize je pravidelnou součástí péče o nemocniční kaplany v rámci České republiky, zda a jaká specifika supervize nemocničních kaplanů s sebou přináší a odkud pochází, zda a jaké to klade nároky na osobu supervizora. Také mě zajímalo, zda by pro nevěřícího supervizora – nekřesťana – bylo možné supervizi nemocničních kaplanů vést. Tyto otázky, které vznikly reflexí mé supervizní praxe, byly základem tématu diplomové práce.

Cílem diplomové práce je zmapovat situaci supervize poskytované nemocničním kaplanům v České republice, a zkoumat zkušenosti ze supervize nemocničních kaplanů v rámci zažitého supervizního procesu a zaměřit se na fenomény, které by mohly být považovány za specifické v tomto typu supervize.

Diplomovou práci jsem rozdělila na dvě části, teoretickou a empirickou. V teoretické části se zabývám čtyřmi oblastmi, a to supervizí, duchovní péčí – podle mezinárodního označení klinickou pastorační prací, holistickým přístupem v péči o pacienta a nemocničním kaplanstvím. Vymezuji uvedené pojmy a věnuji se podrobněji dané tématice se zaměřením na cíl diplomové práce. V empirické části pak mapuji situaci supervize poskytované

nemocničním kaplanům, popisují specifika supervize nemocničních kaplanů a nároky na osobu supervizora, které s sebou nalezená specifika nesou. K tomuto účelu jsem zvolila smíšený výzkum, jehož limity, etické aspekty, metodologii, průběh a výsledky prezentuji. Součástí je též sebereflexe výzkumníka.

# TEORETICKÁ ČÁST

V této části předkládám teoretická východiska, ze kterých nadále vycházím. Nejprve se věnuji supervizi, respektive vymezení základních pojmů – supervize, reflexe a supervizor, dále pak popisují druhy a funkce supervize, supervizi v pomáhajících profesích a v pastorační práci. Následující kapitoly se věnují duchovní péči, respektive klinické pastorační péči, což považuji za nezbytné pro pochopení podstaty práce nemocničních kaplanů. V těchto kapitolách předkládám nejen vymezení pojmů – duchovní péče, spiritualita, religiozita a jejich vztahu, ale také holistickou péči o pacienta, neboť je tato péče o spirituální součást pacienta nedílnou součástí. Prezentuji zde holistickou spirituální pastorační péči, která je (zatím) vázána na zahraničí. Poslední kapitoly této části věnuji nemocničním kaplanstvím, kde prezentuji pojem nemocniční kaplan, legislativní rámec nemocničního kaplanství, představuji asociace sdružující nemocniční kaplany a jejich formy podpory a péče o nemocniční kaplany a zakončuji popisem role a pracovního pole nemocničního kaplana, ve kterém se nachází.

## 1. Supervize

### 1. 1. Vymezení pojmu

Pojem supervize vznikl z latinského *super* – nad a *videre* – hledět, nahlížet. Anglické *supervision* se zpočátku vztahovalo na dohlížející osobu, která zajišťuje „dozor“ na plnění či provedení nějakého úkolu či průběhu činnosti. Význam pojmu se však vyvíjel v průběhu času a též v kontextu měnící se konkrétní kultury, podle zemí, vývoje společnosti, profese i povahy supervidované činnosti (Havrdová, et al., 2008). V České republice se v současné době hovoří především o profesionální supervizi, a to nejčastěji v sociální oblasti. Profesionální supervizi, jak o ni bude řeč v této práci, budu chápat v souladu s aktuálním trendem v sociální práci, příp. dalších pomáhajících profesích jako **systematickou činnost**, která je odborně vedená **vyškoleným supervizorem**, ve které supervizor podporuje, vede a posiluje pracovníka, skupinu či týmy **za účelem zvyšování kvality služby**. Je uskutečňována na základě trojstranného **kontraktu** mezi poskytovatelem, zadavatelem a účastníky supervize. Hlavním nástrojem supervize je **reflexe**, pro kterou je vytvořen

bezpečný a důvěrný prostor. Reflexe se stává nástrojem vedoucím nejprve ke změně smýšlení, a poté ke změně zavedené praxe (Havrdová et al., 2008; Hawkins, Shohet, 2016; Carroll, 2014).

V dalších kapitolách se proto budu více věnovat vymezení pojmu reflexe. Také upřesním, jak je vymezen ten, kdo může supervizi poskytovat – supervizor, a jak je nahlíženo na různé druhy supervize a její funkce.

## 1. 2. Reflexe

Pojem reflexe vychází z latinského slova *reflexio*, které se překládá jako „obrácení se k sobě“. Pojem mluví o vnitřní zkušenosti a předpokládá zastavení a obrácení se k vnitřním procesům v rámci dané situace vyvolávající určitou zkušenost. Na základě reflexí podmíněné a posléze prožité zkušenosti může při opakování stejné nebo podobné situace nastat změna (Havrdová et al., 2008).

M. Carroll (2014) popsal reflexivní proces v rámci supervize jako „*progresivní cestu ve službě učení*“ a dospívá k vymezení šesti „úrovní“, které popisují lidskou schopnost reflektovat z několika úhlů pohledu, kdy zapojením všech šesti rozdílných hledisek můžeme dosáhnout holistické perspektivy, která může poskytnout vhled pro vytvoření co nejlépe informované intervence.

Úrovně neboli „čočky“ (lenses) reflexe podle Carroll (2014):

- 1) Nula – nerefektivní stádium, pre-refektivní stádium
- 2) Empatická reflexe – stádium pozorovatele, intelektuální připojení
- 3) Vztahová reflexe – já a ty = my, emoční stádium
- 4) Systemická reflexe – ty a my + ostatní, kontextuální připojení
- 5) Kritická sebereflexe – já (zvnitřněné), transformační připojení
- 6) Transcendentální reflexe – ostatní (universální) stádium, univerzální připojení; pro mnohé může jít o náboženské či spirituální stádium, které pomáhá reflektovat z kontextu filozofického či významového systému, který předem existuje, anebo z hlediska, které si subjekt teprve vytvoří.

Takto pojatý reflektivní proces, kdy různé úrovně nemusí jít postupně za sebou, dává supervizorovi vhled do vnitřního světa supervidovaných, informuje o jejich schopnosti

empatie, o vzhledu do organizačních či systémových kontextů a v neposlední řadě informace o zvnitřněném světonázoru, který ukazuje na hodnotový systém reflektujícího.

Reflexe v rámci supervizního procesu je ústřední metodou, skrze kterou supervidovaný dochází v rámci svého nazírání na danou situaci k otevření se něčemu novému, něčemu neočekávanému. U supervidovaného se předpokládá schopnost reflektovat, avšak této schopnosti se skrze supervizní proces mnohdy teprve učí. Supervize má být prováděna tak, aby reflexi usnadňovala a podporovala různými způsoby.

### 1. 3. Supervizor

Supervizor je vyškolený profesionál, který je schopen vyjednat třístranný kontrakt se zadavatelem a účastníky supervizního procesu, strukturovat a vést supervizní proces v souladu s předem dohodnutými cíli zakotvenými v dohodnutém supervizním kontraktu. Současně je schopen hlouběji analyzovat práci supervidovaných, podporovat a pomáhat jim v reflexi pracovní činnosti, pracovat s mezilidskou dynamikou a reflektovat svoje procesy, které se v rámci supervizního procesu objeví a být si vědom svých vlastních potřeb v rámci supervizního vztahu. Jeho intervence a jednání je v souladu s etickým kodexem supervizorů a dojednaným supervizním kontraktem (Havrdová et al., 2008; Hawkins, Shohet, 2016).

Kompetentní supervizor má o své úloze v dané situaci jasnou představu, tzn. musí být schopen kombinovat role učitele, poradce, evaluátora, konzultanta, informátora a v případě potřeby může být i průvodcem, mentorem, tazatelem, „zrcadlem“, posluchačem, podporovatelem či vzorem. Supervizoři mohou měnit styl práce tak, aby jejich činnost odpovídala situaci a podněcovala na straně supervidovaných adekvátní učení (Caroll, 2014; Hawkins, Shohet, 2016).

Charakteristiky dobrých supervizorů jsou částečně vymezeny rolmi, které supervizoři vykonávají a kombinují. Zahrnují nejen osobní a profesní zralost, ale též flexibilitu v rámci rolí, které supervizor v rámci supervizního procesu zastává. Flexibilita supervizora je též důležitá ve smyslu pohybu mezi teoretickými koncepty a užíváním široké škály metod a intervencí, zájem, pozornost, investování, zvědavost a otevřenost. V této souvislosti se mluví o tzv. „schopnosti helikoptéry“, která spočívá v přepínání ohniska pozornosti supervizora mezi supervidovanými a jejich procesem, vlastním procesem, který se děje v supervizi tady

a teď, klienty, kterým se supervidování věnují, a širším kontextem organizace (Hawkins, Shohet, 2016; Žorga, 2007).

## 1. 4. Druhy supervize a její funkce

Supervize se může lišit s ohledem na osobu, která supervizi poskytuje, množství supervidovaných, kterým je supervize poskytována, podle toho, jak často je supervize poskytována, podle obsahu, kterým se supervize zabývá a způsobu, jakým je supervize poskytována. Níže jsou popsány hlavní druhy supervize dle Havrdová et al. (2008), na které se budu odvolávat v empirické části a z nichž jsem vycházela ve výzkumu.

### 1. 4. 1. Supervize externí x interní (osoba supervizora)

V případě *supervize externí*, přichází do organizace externí supervizor, který sepisuje s organizací smlouvu o poskytování supervize jejím pracovníkům. *Interní supervizi* naopak poskytuje supervizor, který je součástí organizace, mnohdy je služebně starší kolega (popř. vedoucí), který zaučuje nově přicházející či služebně mladší kolegy. V tomto případě se často stává, že interní supervizor má svoji supervizní činnost v rámci pracovní smlouvy spolu s další pracovní náplní, kterou v rámci organizace vykonává.

### 1. 4. 2. Supervize týmová x individuální x skupinová (množství supervidovaných)

Nejčastějším druhem supervize v organizacích zaměřující se na pomáhající profese, je *supervize týmová*, kdy supervizor pracuje s celým týmem v závislosti na velikosti organizace či/a supervizním kontraktu. Týmová supervize se zaměřuje na týmové role, kompetence a vzájemné vztahy v týmu. Týmová supervize je velice často doplňována *supervizí individuální*, kdy supervizor pracuje s jedním členem týmu, který z různých důvodů není schopen či ochoten s daným tématem předstoupit před celý tým. Naopak *skupinová supervize* je charakteristická skupinou lidí pracujících buď v pomáhajících profesích nebo příbuzných oborech, kteří v rámci jedné organizace nespolupracují. Skupina supervidovaných není vázána jednak na jednu organizaci a jednak vzájemnými vztahy mezi

sebou, což s sebou přináší specifickou dynamiku obohacenou mnohdy o různé pracovní kontexty.

#### 1. 4. 3. Supervize pravidelná x příležitostná x krizová (časový interval)

Profesionální supervize se vyznačuje svojí kontinuitou, můžeme se však setkat krom *supervize pravidelné*, také se *supervizí příležitostnou (ad hoc)*, kdy pravidelnost z nějakého důvodu není možná či *krizovou*, kdy je supervize poskytována jako součást procesu krizového řešení.

#### 1. 4. 4. Supervize případová x poradenská x programová (obsah supervize)

Supervize může být zaměřena na případy – *případová supervize* – kdy účelem supervize je hledání co nejlepšího postupu, metodiky či řešení konkrétního případu; na zaměstnance – *supervize poradenská* – kdy účelem supervize je udržení motivace pracovníků a v jejich naplnění potřeb ve vztahu k práci a *supervize programová*, která je zaměřena na organizaci, její strukturu a fungování. Obsah supervize se v průběhu supervizního procesu může flexibilně měnit – podle předem vyjednaného supervizního kontraktu či podle aktuální potřeby supervidovaných.

#### 1. 4. 5. Supervize administrativní x výuková x podpůrná (způsob přístupu)

Podle toho, jak je supervize prováděna, můžeme hovořit o *supervizi administrativní*, kdy účelem je usměrnění pracovníka, aby si správně počíнал v rámci stanovených pravidel organizace a v rámci dobré praxe; *supervizi výukové* neboli vzdělávací, kdy supervizní práce je zaměřena na zvyšování kompetencí pracovníka při práci s klientem a *supervizi podpůrnou*, kdy supervize s sebou nese podpůrný aspekt formou povzbuzení k překonávání překážek, posílení a zplnomocňování supervidovaného či se stává bezpečným prostorem pro vyventilování emocí v podpůrné chápající atmosféře (Havrdová et al., 2008).

Supervize má funkci vzdělávací, kdy formuje a rozvíjí dovednosti a schopnosti supervidovaných. Podpůrná funkce supervize se zrcadlí v zaměření na aspekt emočního zainteresování, kdy se dává v supervizním procesu prostor na vyjádření podpory a povzbuzení a hledání potřebných zdrojů. Supervize s sebou nese též funkci řídicí či normativní, která je charakteristická zaměřením na práci s lidmi, kontroly kvality, práci s naplňováním standardů, tvorbou a naplňováním pro organizaci daných metodik a etického kodexu (Hawkins, Shohet, 2016).

## 1. 5. Supervize v pomáhajících profesích

Počátky supervize můžeme najít již v roli duchovních učitelů či mistrů řemesla. Supervize se z počátku vázala k mentorování či zaučování mladšího kolegy a následné kontroly. Supervize jakožto nástroj na zkvalitňování práce se váže na vývoj pomáhajících profesí od konce 19. století. Výuka sociální práce se stala podnětem pro rozvoj vzdělávacího cíle supervize. Spolu s rozvojem sociální práce na pozadí vývoje sociální politiky se rozvíjela i potřeba supervize, nicméně v České republice za začátek supervize vdčíme skupině psychoanalytiků, kteří supervizi zařadili jako součást výcvikových skupin a v roce 1981 proběhl byl první výcvik bálintovských skupin. Supervize v ČR se tak z počátku váže na psychoterapeutickou komunitu. S rozvojem pomáhající profese, sociální práce a organizací zaměřených na pomáhající profese byl stále více slyšet požadavek po supervizi z důvodu klimatu v organizaci, chováním zaměstnanců a zkvalitňování služby cílovým klientům, kdy se v Evropě od 70. let 20. století pojem supervize začal spojovat výhradně s externí formou supervize (Havrdová et al., 2008; Tošner, 2017).

V ČR se supervize začala rychle rozvíjet koncem devadesátých let minulého století jako požadavek při udělování dotací v sociálních službách. Velkým zlomem se stalo zavedení Standardů kvality sociálních služeb, kdy, přestože supervize není zde přímo explicitně uvedena, lze odkazovat na personální standard kvality sociálních služeb č. 10 – profesní rozvoj zaměstnanců. Je zde mimo jiné uvedeno, že *„poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.“* (Havrdová et al., 2008; Tošner, 2017)



## 1. 6. Supervize v pastorační práci

Supervize pastorační práce je v ČR zatím málo rozvinuta, a její pojetí se opírá především o zahraniční zdroje. Proto je i cílem této práce zmapovat, jak je u nás realizována, chápána a pojímána, co je u ní specifického. Podle autorů Leach, Paterson, 2015 se v supervizi pastorační práce předpokládá, na rozdíl od převažujícího zaměření supervize v pomáhajících profesích, transcendentní – v křesťanském kontextu Božskou – přítomnost, která je v pozadí, nebo lépe řečeno vše prostupuje, a dává důvod, smysl i náplň práci supervidovaných v kontextu organizačního prostředí, kterým je církev. Transcendentní přítomnost stojí nejenom v centru takovéto pracovní činnosti, ale tvoří samotnou podstatu její existence.

Ehrlichová (2015) navrhuje představu *„supervize, která umožňuje ve své reflexi rozpoznat, využít a vyjádřit teologicky významné podněty, které následně mohou ovlivnit vlastní pastorační činnost supervidovaných.“* Supervizní práce by pak nebyla pouze vyjádřením komunikace člověka s člověkem, do pracovního vztahu by byl zahrnut též Bůh a pohled z Jeho perspektivy.

To všechno by kladlo na supervizora vyšší nároky, protože se tak důležitým momentem stává také jeho schopnost teologické reflexe i vlastní reflektovaná zkušenost víry, porozumění křesťanským hodnotám, eticko-morálního nastavení pracovníků v pastorační práci i jeho seznámení s prostředím a posláním církve, do kterého supervidování patří. Nároky na profesi a vzdělávání supervizorů v této oblasti není v českém kontextu reflektované a tato oblast není zatím zřetelně vydefinována, ani prozkoumána (Ehrlichová, 2015).

Anglická Asociace supervizorů a vzdělavatelů v pastorační práci (Association of Pastoral Supervisors and Educators – APSE) v říjnu 2018 odsouhlasila definici supervize pastorační práce, ve které se v rámci diskuse projednávala též téma terminologie. Termín „pastorační“ byl nahrazen frází *„teologicky/spirituálně (duchovně) bohatá práce v rámci spirituálního (duchovního)/teologického porozumění v dialogu se světonázorem supervidovaného.“* Tato terminologie respektuje fakt, že přestože je zachování křesťanské teologie mnohými vnímáno jako základ supervizní práce a mnozí tento fakt považují za důležitý, ne všichni, kdo se angažují v supervizi, jsou nutně křesťané.

APSE se ve svém vymezení supervize v pastorační práci shodla na následujících bodech. Supervize pastorační práce je:

- **pravidelný, plánovaný, záměrný a ohraničený prostor**, ve kterém supervizor potkává supervidované – jednoho na jednoho nebo skupinu, aby společně reflektovali praxi supervidovaného/ných (*to look together*)
- **vztah** charakterizovaný důvěrou, důvěrností, podporou a otevřeností, který dává supervidovaným svobodu a bezpečí k prozkoumání problémů, které se objevují v jejich práci
- **duchovně / teologicky bohatá** – pracuje v rámci duchovního / teologického porozumění v dialogu se světonázorovou perspektivou a s činností supervidovaných
- **psychologicky informovaná** – čerpá z relevantní psychologické teorie a z vhledu, který osvětluje intrapersonální a interpersonální dynamiku
- **kontextově citlivá** – věnuje pozornost zvláštnostem prostředí, kultury a světonázoru
- **založená na praxi** – zaměřuje se na zprávu o práci a /nebo otázkách, které vyvstávají v pastorační praxi supervidovaných
- **způsob růstu** v profesní identitě, v pastoračních kompetencích, v sebevědomí, v duchovní / teologické reflexi, v pastorační interpretaci, v kvalitě přítomnosti, zodpovědnosti, v reakci na výzvu a ve vzájemném učení
- **vnímavá** k otázkám způsobilosti k praxi, rozvoje dovedností, správy hranic, profesní identity a dopadu práce na všechny zúčastněné strany (APSE, 2018)

Specifikem supervize pastorační práce v uvedeném pojetí je tedy teologické bohatství, které se dívá na práci a svět supervidovaných s teologickým a duchovním porozuměním a potkává se v dialogu se světonázorem, hodnotovým žebříčkem a náboženskou vírou supervidovaných. Supervize pastorační práce se dotýká identity pastorační i duchovní, pracuje s nimi však pouze v kontextu pracovní činnosti supervidovaných, přestože předpokládá duchovní či teologickou orientaci supervizora.

Pojetí supervize pastorační práce, které navrhuje Leach a Paterson (2015), vychází z funkčního modelu supervize (functional model of supervision). Inskipp a Proctor navrhují tzv. „model třínohé stoličky“ (three-legged stool), kde každá noha stoličky charakterizuje jednu funkci supervize: normativní, formativní a posilující. Tento model pak Leach integruje

do prostředí církve a do situací těch církevních pracovníků, kteří pracují (nejen) v církvi. *Normativní funkce* slouží k pomoci při řešení problémů etických, manažerských a problémů hranic, v otázce vykazatelnosti a transparentnosti služby; *formativní funkce* slouží k facilitaci růstu supervidovaných v povolání, ke kterému je povolal Bůh, i ke zkoumání mezer v jejich teologii a v praktickém životě; *posilující funkce* se zaměřuje na podporu církevních pracovníků (jak uvnitř církve či vně), kteří často pracují v izolaci, v náročných a vyčerpávajících kontextech, a napomáhá supervidovaným spojit se s jejich vizí, se svým povoláním a se svými pocity ve vztahu k jejich pastorační praxi. Leach a Paterson (2015) doslova píše:

*“Třínohá židle poskytuje zapamatovatelný model pro široké užití. Drží pohromadě charakteristickou povahu supervize pastorační práce jakožto praxi vykazatelnosti uvnitř těla Kristova, zakořeněnou ve smlouvě Boží lásky, s ohledem na křesťanské povolání, což poskytuje užitečný rámec pro funkce, které supervize pastorační práce potřebuje naplnit.”*

## 1. 7. Shody a rozdíly v pojetí supervize v pomáhajících profesích a v pastorační práci

V této práci mě bude zajímat, zda je kaplanům poskytována **profesionální supervize** obdobná supervizi v jiných pomáhajících profesích anebo zda má případná supervize kaplanů nějaká specifika ať už v potřebách účastníků, formě, průběhu nebo v osobě, která supervizi poskytuje. Za tímto účelem nyní shrnu shody a rozdíly v pojetí supervize v pomáhajících profesích a v pastorační péči.

Supervize v pomáhajících profesích, kterou budu dále označovat jako profesionální supervize (viz kap. 1.1.), se uskutečňuje na základě kontraktu a poskytuje ji supervizor se speciálním vzděláním (kurzem supervize). Pokud probíhá v organizaci sociálních nebo zdravotních služeb, bude kontrakt trojstranný. Organizace poskytující zdravotní nebo sociální služby tvoří jasně daný kontext supervidované práce, který podléhá pravidlům spojeným s vymezením kvality péče (např. formou standardů kvality v sociálních službách dle zákona č. 108/2006) a supervize je poskytována jako nástroj na zkvalitňování služby klientům cílové skupiny, na kterou se daná organizace zaměřuje. Supervize poskytovaná pastoračním pracovníkům takto jasně daný kontext nemá. Často je kontextem určitá církev, do které pastorační pracovník patří. V případě nemocničních kaplanů jsou kontexty dva – vlastní prostředí církve a prostředí zdravotnického zařízení, které mohou mít velmi odlišné

charakteristiky a kulturu. I profesionální supervize se však pohybuje ve více kontextech – kontextu pomáhající profese s jejími hodnotami a principy a kontextu konkrétní organizace, které mohou mít rozdílnou kulturu (Havrdová, 2011).

Na úrovni konceptu vidíme řadu shod mezi profesionální supervizí a supervizí pastorační péče. V obou případech je supervize chápána jako pravidelný, plánovaný, záměrný a ohraničený proces, kontextově citlivý, založený na praxi a její reflexi, jako způsob růstu v profesní identitě a kompetencích. Ve vymezení pastorační supervize je však na rozdíl od profesionální supervize kladen důraz na její duchovní a teologické bohatství, a předpokládají se vyšší nároky na supervizora v jeho schopnosti teologické reflexe i vlastní reflektované zkušenosti víry. Objevují se zde také nároky na jeho porozumění křesťanským hodnotám i jeho seznámení s prostředím a posláním církve, do kterého supervidování patří. Tento požadavek ovšem současně vyvolává různé otázky, např. nakolik je platný a nakolik jde o reálný rozdíl, a to v souvislosti s vyvíjejícím se konceptem spirituality a religiozity, a holistickým přístupem ke klientům, čemuž se budeme věnovat níže.

Koncept supervize pastorační péče v ČR není vymezen a ani zakotven jako nástroj zkvalitňování služby klinické pastorační péče, z čehož plynou nejasnosti jak v praktickém poskytování pastorační supervize, a v tom, kdo ji má poskytovat, tak v jejím organizačním uchopení. Supervize v pomáhajících profesích má naproti tomu již delší historii, která je spojena s vývojem sociální služby a již se s ní začíná počítat jako s nedílnou součástí zajištění kvality služby pro cílenou klientelu.

Otázky týkající se zmíněného vedly k potřebě zmapovat situaci supervize poskytované nemocničním kaplanům v ČR, dotazovat se, zda poskytovaná supervize splňuje parametry profesionální supervize a skrze zkušenosti jak supervizorů poskytujících supervizi nemocničním kaplanům, tak nemocničních kaplanů, kterým se supervize poskytována, se doptávat na možná specifika, která supervize nemocničních kaplanů mohou obsahovat.

## 2. Duchovní péče

### 2. 1. Vymezení pojmu

Duchovní péče je pojem, který je ekvivalentem vžitého označení „*duchovní služba*“ (spiritual service), který je užíván v dohodě mezi Ekumenickou radou církví (dále pouze

„ERC“), Českou biskupskou konferencí (dále pouze „ČBK“) a příslušnými orgány státní správy. Mezinárodně uznávaným označením je termín „*klinická pastorační péče*“ (clinical pastoral care). Duchovní péče v rámci nemocničního zařízení je nabízena všem, kdo o ni požádají (Menke, 2017). Pastorage je všeobecně vnímána jako „*působení církve z inspirace evangelia jak interní – tím je rozuměna pastorage věřících v užším slova smyslu, tak externí – tím je míněna jak péče o obecné blaho, tak péče o ty, kdo stojí na okraji církve*“ (Opatrný, 2016). Přestože pojem „pastorační péče“ může být zavádějící právě díky jeho vnímání jako péče o věřící anebo o ty, kteří stojí na okraji církve, budu nadále používat mezinárodní označení „klinická pastorační péče“ s tím, že pojem péče zahrnuje nejen věřící, ale také všechny potřebné bez ohledu na vyznání či (ne)příslušnosti k církvi.

Opatrná (2006) charakterizuje klinickou pastorační péči takto: „...*klinická pastorační péče poskytuje pastorační službu či poradenství ve zdravotnických zařízeních, a to s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kdo trpí, a těch, kdo o ně pečují. Přivádí ke zdrojům osobním, ke zdrojům víry, ke zdrojům kulturním i zdrojům společenství*“  
Může být charakterizována jako „služba přítomností“.

Klinická pastorační péče se zaměřuje na ošetření spirituálního aspektu lidské osobnosti, což se ne vždy shoduje s religiozitou neboli „náboženskostí“, přičemž vztah spirituality a religiozity prodělal v průběhu historie svůj vlastní vývoj. Z tohoto důvodu se dále věnuji vymezení pojmu spiritualita a religiozita, a jejich vztahu a jeho vývoji. Vlivu spirituality a religiozity na zdraví člověka se věnuji v dalších kapitolách.

## 2. 2. Spiritualita a/vs. religiozita

Pojem „*spiritualita*“ pochází z latinského „*spiritualis*“ (duchovní), pojmu odvozeného od slova „*spiritus*“ (dech, duch). Pojem má kořeny v křesťanské tradici, kde odkazuje na třetí Osobu v Trojici, tedy na Ducha svatého. Odkazuje k vnitřnímu životu člověka, který je prodchnut Bohem skrze působení Ducha svatého, což označujeme jako *duchovní život*. Přestože pojem *spiritualita* původně vyjadřoval osobní, niterné prožívání náboženství – „*religion*“ – v druhé polovině 20. století byl rozšířen i mimo křesťanství. Tímto rozšířením se tento pojem postupem času vymanil z náboženského kontextu a vztah spirituality a religiozity (náboženskosti) se polarizoval. Religiozitu lze zjednodušeně definovat jako tradičně a institučně zakotvenou spiritualitu. (Vojtíšek, Dušek, Motl, 2012)

Elkins, jehož cituje Gollnick (2008), popisuje tři „*vlny změny*“ ve vývoji oddělování religiozity a spirituality. Úplně první narušení vztahu mezi religiozitou a spiritualitou umísťuje do doby protestantské reformace, kdy reformátoři prohlašovali, že lidská spiritualita nemá být kontrolována institucí církve. Daleko hlubší kořeny prvotního narušení však vidí v renesančním důrazu na individualitu člověka. **První vlnu** pak umísťuje do Hnutí lidského potencionálu (Human Potential Movement), které vychází z humanistické psychologie A. Maslowa a z jeho hierarchie potřeb. Spiritualitu vnímá jako *sebetranscendenci*, stojící na vrcholu pyramidy lidských potřeb. Takto pojatá spiritualita se neopírá o validaci žádného z náboženských nebo nadpřirozených konceptů. **Druhou vlnu** změny datuje do doby kolem roku 1980, kdy nastoupilo hnutí New Age a s ním též spirituální uzdravování, terapie zaměřující se na minulé životy apod. V tomto období lidé začali objevovat a experimentovat s alternativní formou spirituality. **Třetí vlna**, podle Elkinse, započala vydáním knihy „Care of the Soul“ od T. Moora a dalších knih, řadou seminářů a nahrávek zabývajících se duší. Pojem *duše* byl do té doby asociován převážně s náboženstvím nebo hudebním stylem blues (Gollnick, 2008).

V roce 1988 byl pojem spiritualita zařazen do Americké psychologické příručky. Polarizace pojmů „*spiritualita*“ a „*religiozita*“ pronikla do odborné rozpravy, a spiritualita byla spojována s vnitřním zážitkem, s denním sněním, zatímco pojem religiozita dostal negativní konotaci asociující dogma, strnulost, omezování a zastaralost. Polarizaci doprovázelo oddělení spirituality od institucionálního náboženství. Nejvýznačnější pak jsou tyto polarity: organizované náboženství vs. osobní spiritualita; esenciální náboženství vs. funkční spiritualita; přízemní škodlivé náboženství vs. vznešená a přínosná spiritualita (Gollnick 2008; Vojtíšek, Dušek, Motl, 2012).

Tato neustále se prohlubující polarizace pojmů, privatizace spirituality a její odtržení od religiozity, na což má vliv také sekularizace kultury a nástup konzumerismu, dává možnost vzniknout tzv. nenáboženské spiritualitě, která je podle Němečkové vymezena jako „*osvobození jednotlivce z pout tradice, institucí a společenských autorit a důsledkem byla renesance a privatizace náboženství.*“ (Němečková 2016) Nenáboženská spiritualita čerpá z několika zdrojů, jak uvádí ve své knize Němečková:

1. Z východních a filozofických a náboženských systémů
2. Z ezoterních tradic gnosticizmu, hermetismu, magie a dalších
3. Z obnoveného šamanismu
4. Z psychologického směru transpersonální psychologie

5. Z vědecké sféry
6. Z hlubinné ekologie

Mnozí autoři o tomto procesu mluví jako o tzv. „*spirituální revoluci*“.

Duchovní péče, respektive klinická pastorační péče, se zaměřuje na spirituální aspekt lidské osobnosti, což v kontextu dnešní doby zahrnuje trend oddělovat spiritualitu od religiozity.

Oddělení a vypolarizování pojmů spiritualita a religiozita vede ke stále většímu odklonu od tradičního pojetí, které zastupují tradiční církevní uskupení hlásající takovéto pojetí spirituality jakožto živé součásti církevního kontextu. Nemocniční kaplan, jakožto zástupce církve vstupující do necírkevní organizace, pracuje s lidmi (jak pacienty, tak zdravotnickým personálem či příbuznými) nejen vyznávající stejné hodnoty a stejnou formu spirituality, ale též hodnoty a pojetí spirituality odlišné. Otázky a témata, která vyvstávají z tohoto pole, vedly především k reflexi nad dotazy do hloubkového rozhovoru v druhé fázi výzkumu.

### 2. 3. Vliv spirituality a religiozity na zdraví člověka

V poslední době lze zaznamenat zvýšený zájem výzkumníků o vliv spirituality a religiozity (dále jen S/R) na zdraví člověka a důležitý vývoj ve vědeckých studiích náboženství, které přesvědčivě dokumentují pozitivní vztah mezi S/R a psychickým a fyzickým zdravím. Přibližně 80 % výzkumů zabývajících se vztahem R/S na zdraví se však zaměřuje na zdraví psychické, přestože R/S obsahuje jak psychologické, tak sociální a behaviorální aspekty. Ve skutečnosti se neočekává přímý vliv R/S na fyzické zdraví, avšak předpokládá se nepřímý vliv prostřednictvím psychologických a behaviorálních cest (Oman, Thoresen, 2015; Koenig 2012).

Pro vysvětlení pozorovaných zdravotních přínosů výzkumníci zaměřeni na vztah S/R a zdraví obvykle identifikovali přinejmenším pět způsobů anebo kauzálních mechanismů, které mohou vysvětlit, jak by mohla angažovanost v náboženském nebo spirituálním životě pozitivně ovlivňovat zdravotní stav člověka.

Většina těchto mechanismů může fungovat spontánně, a částečně se spíše překrývají, než aby fungovaly odděleně. Čtyři z pěti jsou přijímané nejenom psychology, ale též ostatními vědci:

1. Zdravé jednání – náboženské nebo spirituální skupiny podporují zdravý životní styl, péči o tělo, které nazývají „chrámem Božím“. Některé z nich předepisují vegetariánskou stravu, abstinenci a podporují cvičení a pozitivní praktiky, které respektují tělo a zdravý životní styl.
2. Určité psychologické stavy – S/R zapojení může podporovat pozitivní psychologické stavy, jako jsou radost, naděje, soucit, což s sebou přináší snížení alostatického zatížení
3. Strategie zvládnání zátěže – S/R může podporovat efektivnější způsoby vyrovnávání se se stresovými situacemi a okolnostmi. Zdravější, efektivnější strategie zvládnání zátěže mohou vést ke zlepšení zdraví skrze redukci maladaptivních strategií a ke zlepšení psychických stavů
4. Sociální podpora – S/R může vést k budování širší a pevnější sociální sítě a k větší dostupnosti sociální podpory. Dobře vytvořená sociální síť je přínosným faktorem, který může zdraví částečně ochránit prostřednictvím podpory účinného zvládnání stresu.

Mnoho výzkumníků navrhuje pátý mechanismus:

5. „Psi“ mechanismus – „superempirical“ – některé náboženské praktiky, jako například přímluvná modlitba, mohou působit mimo rámec známých přírodních zákonů – prostřednictvím mechanismů, které můžou mít dopad na „jemné energie“ (subtle energies), které přesahují hranice moderního vědeckého chápání (Oman, Thoresen, 2015).

Z výzkumů vyplývá, že vzestup pozitivních psychologických stavů a vnímaná podpora od ostatních by mohly vést k vyšší imunitní kompetenci a k nižší kardiovaskulární reaktivitě, což by mohlo dále posílit fyzické zdraví. Velký objem výzkumů ukazuje, že lidé, kteří jsou více religiózní a/nebo náboženští, disponují lepším psychickým zdravím a na zdravotní problémy se adaptují rychleji než ti, kteří jsou méně religiózní a/nebo spirituální. Tyto možné přínosy S/R na psychické zdraví a pohodu (well-being) mají fyziologické důsledky, které mají pozitivní dopad na fyzické zdraví, ovlivňují míru rizika onemocnění a kvalitu reakci na případnou léčbu. Empirické důkazy jasně ukazují, že vztah mezi některými dimenzemi S/R zapojení a pozitivními dopady na zdraví vskutku existuje. Příležitostná povaha pozorovaných vztahů je však stále vědecky velmi otevřenou otázkou (Koenig, 2012; Park,



2007; Oman, Thoresen, 2015). Tato zjištění přispěla k rozvoji holistického přístupu k péči o pacienta, které věnuji další kapitoly a v rámci které prezentuji spirituálně zaměřenou holistickou pastorační péči jako jednu z dalších možností přístupu k holistické péči o pacienta ze strany pracovníků praktikujících pastorační práci, která je podrobně propracovaná v zahraniční literatuře a její praxe je (zatím) vázána na zahraničí.

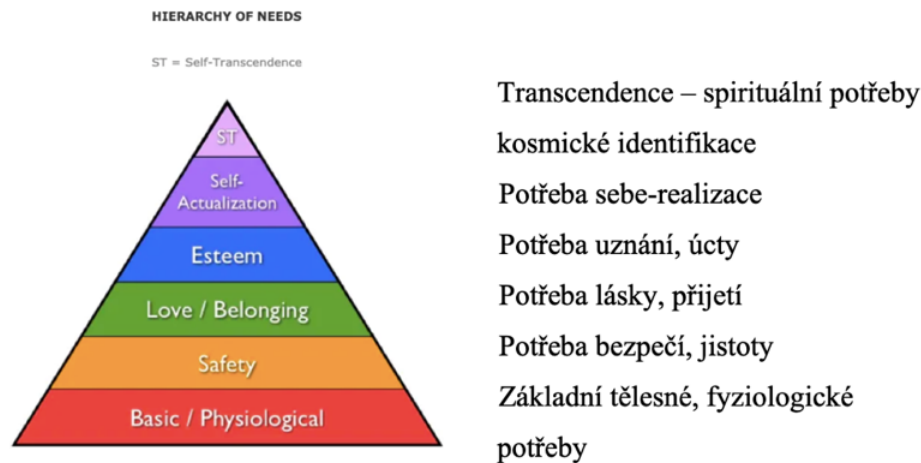
## 2. 4. Holistický přístup k péči o pacienta

Trend současné péče o pacienta začíná nabírat podobu holistického přístupu k pacientovi a je patrné, že je nutno ošetřovat nejenom biologickou, duševní, sociální stránku člověka, ale též jeho spirituální potřeby.

World Health Organization (dále jen WHO) píše o potřebě věnovat spirituálním aspektům péče o pacienty pozornost. Spirituální aspekty pak vymezuje jako „*ty stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům, přesahujícím smyslové jevy. Nejsou identické s náboženskými prožitky, ačkoli pro mnoho lidí je náboženství vyjádřením jejich spirituality.*“ Spiritualitu pak vnímá jako nahlížení na svět skrze hledání smyslu a účelu života, kdy pro lidi na sklonku života je podstatná potřeba usmíření, odpuštění a potvrzení jejich hodnoty a užitečnosti prožitého života (WHO 1990).

### 2. 4. 1. Humanistická psychologie – A. Maslow

Odborné prameny uvádí, že holistický přístup vychází z humanistické psychologie, respektive z díla A. Maslowa a z jeho hierarchie potřeb člověka, kterou v pozdějších letech sám re-evidoval. Seberealizace (self-actualization), dřívější vrchol hierarchie potřeb se stal předstupněm sebetranscendence (self-transcendence). Maslow poznamenal, že někteří jedinci v jádru své motivace přesáhli samotnou seberealizaci. Jde o ty, kteří jsou na vrcholu Maslowovy nové hierarchie motivace a kteří vykazují silný motiv k sebetranscendenci (spirituální potřebě kosmické identifikace, jak to překládá P. Říčan). (Koltko-Rivera, 2006):



A. Maslow: Pyramida potřeb člověka

Obr. č. 1 – Pyramida potřeb člověka podle A. Maslowa

Spiritualita, jakožto jeden z podstatných a nepřehlédnutelných aspektů lidské existence je závažným pracovním pojmem nehledě na to, zda je chápána na základě světonázorovém (jako zakotvená v transcendentnu), či pouze jako konstrukt, který byl vytvořený činností lidské mysli. Odbornou pomocí je pak otevírání možností, jak zdroje, které jsou člověkem považovány za určující, využít ke zvýšení kvality života daného člověka (Vojtíšek, Dušek, Motl, 2012).

#### 2. 4. 2. Existenciální psychologie – V. Frankl

Existenciální psycholog Frankl zdůrazňuje spirituální potřebu člověka přisoudit smysl vlastnímu životu i tomuto světu, což definuje jako „*fundamentálně lidské*.“ Spiritualitu přitom chápe jako vnímání a vztahování se k posvátnému, k Posvátnu, kterému rozumí jako předpokládané transcendentní skutečnosti. Tato skutečnost může mít podobu Boha, božstva či neosobní síly, je tudíž mimo naše „*self*“ (já) – něco přesahujícího (Vojtíšek, Dušek, Motl, 2012). Frankl založil psychotherapeutický přístup, který nazval „*logoterapie*“, kdy „*logos*“ zde znamená smysl. Logoterapie v sobě obsahuje dva základní antropologické prvky: sebezpřesah (sebetranscendenci) a sebeodstup. Sebezpřesah přitom vyjadřuje „*základní antropologickou skutečnost, že lidská existence odkazuje vždy na něco, co není jí samou, na něco dalšího nebo někoho dalšího*.“ (Tavel 2004)

### 2. 4. 3. Spirituálně zaměřená holistická pastorační péče (*Spiritually Centred Holistic Pastoral Care*)

Spirituálně zaměřená holistická pastorační péče operuje s pojmem „*spiritually centred wholeness*“ (celistvost jejíž centrem je spiritualita). Clinebell (1984) tento pojem užívá pro spirituálně zaměřenou holistickou pastorační péči a pastorační poradenství, které člověka uschopňuje zažívat uzdravení a růst ve všech dimenzích a stádiích jeho života. Tento pojem je vnímán jako synonymum biblického „*života v plnosti*“ nebo „*života v hojnosti*“. „*Holistický*“ v tomto kontextu znamená „*jednotu všech dimenzí našich komplexních self*“ (Clinebell, 1984). Autor navrhuje model *duchovně zaměřené celistvosti* (*spiritually centred wholeness*), který popisuje 7 dimenzí lidského života. Ty jsou relevantní pro plné uzdravení a růst. Podáváme zde jejich výčet:

1) ***uzdravování a celistvost v duchu a etice***, v rámci, kterého je „*duchovním klíčem k celkové pohodě (well-being) člověka*“ důvěrný, saturující, rostoucí vztah s božským Duchem – konečným zdrojem života. Spirituálně-etické centrum člověka do určité míry ovlivňuje všechny záležitosti života;

2) ***celistvost v mysli a osobnosti***, která zahrnuje intelekt a emoce, respektive mentální a emoční pohodu (*well-being*). Ta se vyznačuje schopností činit konstruktivní rozhodnutí, rozvíjet kreativitu, zápasit efektivně s intelektuálními problémy a též prožívání pocitů sebehodnoty, naděje, empatie, lásky, důvěry.

3) ***uzdravování a celistvost v těle***, které se zaměřuje na fyzickou dimenzi. Lidské bytosti jsou vtěleným self. Skrze tělo zažíváme okolní svět, těla jsou esenciální součástí našich životů;

4) ***uzdravování a celistvost ve vztazích***, kdy zdravé lidské vztahy hrají důležitou úlohu v mentálním a spirituálním uzdravování člověka;

5) ***uzdravování a celistvost v práci***, kdy spokojenost v práci významně ovlivňuje celkovou pohodu (*well-being*);

6) ***uzdravování a celistvost skrze smích a hravost*** – protože je dokázáno, že smysl pro humor a celkový pozitivní a kreativní přístup k životu je často Bohem daným a opomíjeným zdrojem při zvládání náročných životních situací;

7) ***uzdravování a celistvost ve společnosti a přírodě***, kdy je člověk součástí komunity a byl stvořen k tomu, aby se o planetu Zemi staral.

Spirituálně zaměřená holistická pastorační péče vychází z biblických kořenů a je vnímána jako fundamentální dimenze náboženského života. Ježíš Kristus, který je hlavním proudem křesťanstva, je chápán jako reprezentant „*duchovně zmocněné celistvosti*“ (spiritually empowered wholeness), je tím, který ukazuje, jak má vypadat „*život v plnosti*.“ Lidé jakožto bytosti, které vlastní Bohem dané kapacity pro takovýto život, mají tudíž duchovní zodpovědnost najít a rozvíjet svá obdarování, zároveň se však musí vyrovnávat se svými sklony k násilí, hříšnosti, se svou zlomeností a destruktivitou. Úsilí dosáhnout „*života v plnosti*“ vyžaduje tvrdou práci a oběti a je celoživotním procesem, kdy se uzdravování a celistvost nejlépe pěstují na půdě dobrých a kvalitních vztahů. Uzdravení a láskyplná konfrontace jsou zažívány v kontextu společenství/komunity, v níž se všichni podílí na rozlišování a naplňování Božího povolání k životu v hlubší integritě. Vyškolení pastorační pracovníci mají skrze spirituálně zaměřenou holistickou pastorační péči lidem v tomto úsilí dopomáhat a být jim průvodci. (Clinebell, 1984)

V českém kontextu je holistický přístup k péči o pacienta teprve na začátku, respektive, jak píše Kalvínská (2008) ve svém článku, „*v našich nemocnicích se zdravotníci teprve začínají seznamovat s faktem, že při péči o pacienta je třeba ošetřovat nejen jeho biologické, psychologické, sociální, ale i spirituální potřeby.*“ Od roku 2008, kdy byl její článek napsán, se situace mění. Některé nemocnice již nabízejí službu duchovní či spirituální péče, možnost ztišení, modlitby v předem připravených prostorách či možnost bohoslužeb podle vyznání pacienta. Duchovní službu v nemocnicích poskytují nemocniční kaplani a dobrovolníci, kteří jsou pro tuto službu pověřeni a vysláni církví. Kaplani mají patřičné teologické vzdělání s psychologickými znalostmi, které je zakotveno ve vlastním svědectví života s Kristem. (osobní rozhovory s nemocničními kaplany).

Holisticky pojatá pastorační péče operuje s pojmem „*život v plnosti*“, ve kterém se zrcadlí biblické kořeny a odkazuje na osobu Ježíše Krista, jakožto zosobněním duchovně zmocněné celistvosti. Člověk a péče o něj jsou chápány jako proces zahrnující všechny dimenze lidského bytí, jak fyziologické, psychologické, sociální a spirituální, to vše vztahuje k užitému biblickému pojmu „*život v plnosti*“. Holistická péče o pacienta ve zdravotnictví, tak jak byla zde prezentována, v tomto souzní a opírá se jednak o výzkumy, které se v poslední době na toto téma prováděly, a jednak o praxi především v péči o umírající pacienty v rámci paliativní péče (report WHO). Holistický postoj k péči o pacienta je společný, avšak úhel pohledu či spíše koncept se liší. Koncept holisticky zaměřené pastorační péče vychází z biblických kořenů, to znamená, že spirituální rozměr lidské

osobnosti je pevně zakotven v přesvědčení o Boží existenci, komunikuje toto svým specifickým jazykem a toto před-porozumění se zrcadlí v každé intervenci pastorační péče. Zároveň je pochopením na základě teologického porozumění určena celá kultura organizace, denominace, ze které nemocniční kaplan pochází. Naproti tomu holistické pojetí péče ve zdravotnictví se zdá být spíše důsledkem zkušeností v péči o pacienty, především o umírající. Uvedené výzkumy slouží jako relevantně získaná data, která potvrzují užitečnost a nutnost péče i o spirituální rozměr.

Supervize poskytovaná nemocničním kaplanům by měla tento holistický přístup k péči o pacienta zrcadlit. Měla by brát v potaz prostředí, odkud nemocniční kaplan přichází, i prostředí, ve kterém se jeho služba uskutečňuje. Také by měla přihlížet k jazyku, kterým komunikuje a prezentuje témata, se kterými supervidovaní do supervizního procesu přicházejí. Dotýká se taktéž teologického nastavení nemocničního kaplana, se kterým přistupuje k pacientovi, kterému je holistická pastorační péče poskytována.

### 3. Nemocniční kaplanství

#### 3. 1. Kaplan – vymezení pojmu

Dle knihy Paget (2006) se pojem „kaplan“ (v angličtině *chaplain*) váže k příběhu pocházejícímu z dějin prvotní církve, kdy ve 4. století, kdy se svatý muž jménem Martin (který se po své smrti stal biskupem Martinem) rozdělil o svůj plášť se žebrákem. Jeho plášť (latinsky *capella*) byl uschován jako připomínka svatého činu slitování. Ten, kdo *cappella* strážil se stal známým pod pojmem *chappellen*, což bylo do angličtiny přeloženo jako „*chaplain*. Obrazně lze tedy říct, že kaplani doposud stráží posvátné a svůj plášť sdílí s potřebnými (Paget, McCormack, 2006).

Podle všeobecné encyklopedie je výrazem kaplan nazýván „*obvykle katolický kněz pověřený zvláštní duchovní péčí mimo farní strukturu, například v ozbrojených silách, na školách, v nemocnicích a ve vězeních.*“ Latinský výraz *capellanus* znamená „vázaný na kapli“. Slovo kaplan tedy pochází z latinské terminologie („Kaplan“, 1999).

V dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí (dále jen „ČBK“) a Ekumenickou radou církve (dále jen „ERC“) se píše: „*Nemocničním kaplanem se rozumí osoba (muž nebo žena), která poskytuje duchovní péči pacientům, personálu a*

*návštěvníkům, řídí práci dobrovolníků v oblasti duchovní péče a zajišťuje kontakt s duchovními ostatních církví na přání pacienta. Dobrovolníkem, vyslaným ČBK a ERC se rozumí osoba (muž nebo žena), která se ve svém volném čase podílí na spirituální péči o nemocné pod vedením nemocničního kaplana.*“ (Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice, 2020). Nemocničním kaplanem může být člověk, který je obdarován pro službu, ať duchovní (nositelé svěcení – jáhenského, kněžského – resp. kazatelské) nebo laik (osoby bez svěcení – obvykle jako pastorační asistenti/ky). Pro tuto službu musí být vybráni a pověřeni svojí církví. Kaplani jsou ve služebním poměru nebo pracovním poměru k nemocnici, kde nemocniční k působí. Ustanovování k jejich službě a vysílání upravuje právo příslušného náboženského společenství, církve (Benák, 2007).

### 3. 2. Legislativní zakotvení nemocničního kaplanství

Legislativní zakotvení pozice nemocničního kaplana má dlouhou a vleklou historii a je součástí zákonů o náboženské svobodě a o postavení církve ve společnosti, i zákonů a vyhlášek ve zdravotnictví, které prošly v poslední době četnými změnami.

Tuto historii můžeme rozdělit na období před rokem 1989, kdy byly zákony pro církve a veškerou její službu likvidační a měly za cíl v jakékoliv formě znemožnit práci duchovních. Po roce 1989, nastal díky pádu komunismu zlom a mnohé zákony byly novelizovány a postupně nahrazeny zákony novými. Zlomový byl zejména zákon č. 23/1991 Sb. s Listinou základních práv a svobod, kde se ve článku 15. píše o tom, že je zaručena svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání, a přijetí zákona č. 308/1991 Sb. o svobodě náboženské víry a postavení církví a náboženských společností. Změnu ze strany zdravotnictví přinesl až Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb (Kopecká, 2015).

Instituce kaplanství tedy byla po roce 1989 nucena etablovat se skoro od základů. Současný model pastorační péče v lůžkových zdravotnických zařízeních (dále jen „LZZ“) se od roku 1990 postupně vyvíjel a smluvně byl zakotven v roce 2006 Dohodou o duchovní péči ve zdravotnictví, která byla uzavřena mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice. Dohodu následovaly dva dodatky, upřesňující podmínky vysílání dobrovolníků a nemocničních kaplanů i rozdíly v jejich kvalifikaci a službě (Dodatek č. 1), a upřesnění kvalifikačních požadavků na dobrovolníka a na kaplana

(Dodatek č. 2). Dohody se však konaly pouze na poli církevních vztahů (Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice, 2020).

Na základě Zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., kde je napsáno, že pacient má právo „*přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti*“ byl 13. dubna 2017 vytvořen Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tento byl posléze veřejně publikován ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Šlo o dohodu mezi Ministerstvem zdravotnictví, ČBK a ERC. Metodický pokyn vymezil pojem duchovní péče v LZZ včetně zásad a cílů formy péče, součinnost zdravotnických pracovníků LZZ, určil kvalifikační požadavky na kaplana i jeho práva a povinnosti. Na základě tohoto pokynu Ministerstva zdravotnictví vznikla Rada pro duchovní péči, která byla poskytována přímo na Ministerstvu zdravotnictví a návrh kodexu nemocničního kaplana (Ministerstvo zdravotnictví, 2017).

V roce 2019 nastal významný posun, neboť Ministerstvo zdravotnictví a zástupci ČBK a ERC podepsali vzájemnou Dohodu o duchovní péči ve zdravotnictví. Podepsáním této dohody vrcholí snaha legislativně vymezit rámec vzájemné spolupráce, vymezit pojmy duchovní péče v LZZ, náplň práce a složení Rady pro duchovní péči ve zdravotnictví, statut nemocničního kaplana, pověření a kvalifikační předpoklady, zásady činnosti nemocničního kaplana i zásady součinnosti poskytovatele zdravotních služeb. Nemocniční kaplanství tak dostalo legislativní rámec, který předtím dlouho chyběl (MZ, ČBK, ERC, 2019).

### 3. 3. Asociace sdružující nemocniční kaplany

Na území České republiky působí dvě asociace, které sdružují nemocniční kaplany a nabízejí jim v rámci své platformy podporu, vzdělávání a prostor ke sdílení a setkávání se. Asociace spolupracují na základě Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví mezi ČBK a ERC z roku 2012 a mají nadkonfesní rozměr.

Před založením těchto asociací se uskutečnilo několik setkání skupiny katolíků a protestantů. První se datuje do roku 2005 a jeho náplní bylo sdílení znalostí a zkušeností z poskytování klinické pastorační péče v nemocnicích. Od roku 2008 se pak tato setkání

konají pravidelně pod obecně přijímaným názvem „*velehradská setkávání nemocničních kaplanů*“ (Opatrná, 2012).

V období 14. 9. 2007 – 21. 6. 2008 proběhl na Evangelické teologické fakultě pilotní program nemocničního kaplanství v rozsahu 160 hodin výuky a 80 hodin praxe. Z tohoto programu vzešlo tzv. „*setkávání u boromejek*“. Šlo o schůzky silně ekumenické skupiny nemocničních kaplanů, na kterých vznikla myšlenka společné asociace pro nemocniční kaplany (osobní svědectví účastníka).

### 3. 3. 1. Katolická asociace nemocničních kaplanů (dále pouze KANK)

Slavnostní zahájení činnosti KANKu se konalo na začátku října 2008 v rámci 8. velehradského setkání, které mělo formačně-vzdělávací charakter. Rekolekci vedl litoměřický biskup Mons. Jan Baxant, předseda Rady pro zdravotnictví ČBK. KANK sdružuje zástupce s Římskokatolických a Řeckokatolických církví. Oficiálně byla KANK založena ČBK ke dni 2. října 2012. Zakládací listina byla podepsána roku 2013 a v roce 2014 byla KANK zapsána Ministerstvem kultury do Rejstříku evidovaných právnických osob (Opatrná, M. 2012; Holub, Duka, 2013; Havlenová, 2014).

### 3. 3. 2. Asociace nemocničních kaplanů (dále pouze ANK)

ANK byla založena v květnu roku 2011 za účelem koordinace, osvěty, vzdělávání a péče o kaplany, kteří působí v nemocnicích a v červnu 2011 byl stanoven výbor, předseda a místopředseda. Asociace sdružuje zástupce z nekatolických církví a řídí se Etickým kodexem, který vychází z národních a mezinárodních dokumentů a je zveřejněn na webových stránkách ANKu (ANK, 2020).

## 3. 4. Formy podpory a péče o nemocniční kaplany

Asociace spolupracují s Evropskou sítí nemocničních kaplanů European Network of Health Care Chaplaincy (ENHCC), která vytvořila Standardy pro poskytování nemocniční kaplanské služby v Evropě. České asociace přijaly tyto standardy za své a na jejich základě poskytují různé druhy forem podpory jako způsob péče o nemocniční kaplany. Jedná se především o odborné konference zabývající se vždy aktuálním tématem pro nemocniční kaplanství a různé semináře. Tyto nabídky prezentují na svých webových stránkách či jiných



sociálních sítích (např. Facebook). Poskytování supervize, které je součástí Standardů ENHCC, není nabízeno plošně, ale buď v návaznosti na danou nemocnici, kde nemocniční kaplan svoji službu vykonává či církev (např. Českobratrská církev evangelická), které jsou nemocniční kaplani součástí. V některých případech v rámci péče o zaměstnance, vedoucí týmu nemocničních kaplanů ve spolupráci s nemocnicí, poskytuje nemocničním kaplanům 5 dní nad rámec dovolené, které jsou určené na duchovní formaci (např. v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského). Duchovní formace, duchovní vedení či setkávání se zástupcem církve a jiné formy podpory a péče je ponecháno na aktivitě samotných nemocničních kaplanů, kteří mohou využít nabídek své vysílající církve, což se velice liší podle denominace. (KANK, 2020, osobní rozhovory)

### 3. 5. Činnost a role nemocničního kaplana

Náplní práce nemocničního kaplana je duchovní péče. Smyslem činnosti kaplana v LZZ je pak „*být důvěryhodným i důvěrným partnerem pacientů, zdravotnických pracovníků, případně i návštěvníků při řešení osobních, existenciálních, duchovních, etických a morálních otázek a potřeb. Práci kaplana v LZZ nemá být dotčena jeho služba či postavení v církvi, reholním řádu nebo podobném sdružení.*” (MZ, ČK, ERC, 2019) Služba nemocničních kaplanů je vymezena jako dobrovolná služba, nezdravotní péče, která má neevangelizační charakter.

Lze říct, že základem činnosti nemocničního kaplana jsou osobní rozhovory, ať už s pacienty a zdravotnickými pracovníky, napříč pozicemi/rolemi, které v nemocniční hierarchii zaujímají, ale též v kontaktu s příbuznými nemocných, či s návštěvníky řešícími krizové, existenční a mnohdy i sociální situace. Nemocniční kaplan zároveň zajišťuje vysluhování svátostí, slavení mše (či bohoslužby), stará se o kapli, popř. o prostor, který je určen pro rozjímání a modlitbu. Pokud je pacient jiného vyznání, nemocniční kaplan zajišťuje kontakt s představeným odpovídajícího náboženského společenství, který je pro tuto službu určen. Nemocniční kaplan však musí pojmout i administrativní, propagační část své služby (včetně vyřizování korespondence, telefonátů a propagace vlastní služby), poradenství, komunikaci a zaučování nových kaplanů, koordinaci dobrovolníků, kteří do nemocnice docházejí z důvodu pastoračních rozhovorů. Někdy jsou požádáni též o organizaci etických a vzdělávacích seminářů, kurzů či přednášek (webové stránky ANK, KANK; Beláňová, 2018; osobní rozhovory s nemocničními kaplany)

Výzkum, který byl proveden roku 1981 a zabýval se rolí nemocničního kaplana je uveden v knize Hospital Ministry, The Role of the Chaplain Today (Holst, 2006). Tato studie poukázala na 5 hlavních rolí, které nemocniční kaplan zastává – utěšitel (comforter), svědek (witness), liturg (liturgist), osoba zajišťující zdroje (resource person) a poradce (counselor). Výzkumný vzorek se skládal z pacientů, zdravotních sester, lékařů a nemocničních kaplanů.

Procesní model kaplanství byl výsledkem výzkumu, jenž byl proveden na University of Aberdeen, Centre of Spirituality, Health and Disability, Dr. H. Mowatovou a prof. J. Swintonem a nese název „*Co kaplané dělají? Role kaplanů v naplňování spirituálních potřeb pacientů*“ (2007). Tento model popisuje proces, v rámci kterého je „*úsilí o naplnění duchovních potřeb facilitované tím, že kaplan **vyhledává** lidi, kteří jeho služby potřebují, **identifikuje** charakter těchto potřeb a **reaguje** na ně prostřednictvím doprovázení v různých duchovních praktikách. Některé z nich se opírají o kaplanovu teologickou a duchovní tradici, jiné však vyžadují, aby se kaplan posunul mimo půdu své základní znalostní výbavy.*“ (Mowat, Swinton, 2007)

V českém kontextu dosud nebyl vymezen profesní profil nemocničního kaplana a jeho kompetence, proto mohou díky absenci metodik vznikat nejasnosti a nedorozumění. Samotné asociace vycházejí z Evropských standardů pro poskytování kaplanské služby v Evropě.

Z dostupných zdrojů je však zřejmé, že náplní činnosti nemocničního kaplana je především, avšak nikoliv výhradně, duchovní péče. Dalším rozměrem činnosti nemocničního kaplana je práce poradenská, mediační, sociální, mnohdy i administrativní, organizační, edukační, propagační.

Přestože nastal v legislativě velký posun podepsáním Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví a požadavky pro vykonávání této služby byly do dohody zavedeny, stále chybí profesní vymezení pracovní pozice nemocničního kaplana a k tomu se vztahující kompetence. Byly provedeny výzkumy, které se zabývaly rolí nemocničního kaplana, avšak zdá se, že popis náplně práce nemocničního kaplana ve zdravotnictví stále chybí, z čehož můžou pramenit různé nejistoty a nedorozumění. Následný výzkum, který prezentuji ve druhé části své práce, se též dotazuje na důsledky explicitně nevymezené role a jaký to má dopad na samotného nemocničního kaplana, popř. na celý multidisciplinární tým, jehož by měl být nemocniční kaplan součástí. Výzkum dále nahlíží na zrcadlení tohoto nevyjasnění pozice v supervizním procesu.

### 3. 6. Pracovní pole nemocničního kaplana

Jak upozorňuje Holst (2006), nemocniční kaplan se pohybuje především mezi dvěma světy – světem náboženství a medicíny, či lépe řečeno mezi dvěma monolitickými systémy – církví a zdravotnictvím. Každý z těchto světů má svoji strukturu, nároky, úkol, poslání a oba potřebují vzájemnou podporu, avšak zároveň na sobě musí zůstat nezávislé. Oba světy se navzájem doplňují, avšak jsou někdy též v konfliktu. Nemocniční kaplan patří k oběma světům a oba světy patří k nemocničnímu kaplanovi. A to způsobuje tenzi, ve které se nemocniční kaplan neustále pohybuje. Předpokládám, že uvedená tenze se bude pravděpodobně promítat i do témat, které bude třeba zpracovávat v průběhu supervize nemocničních kaplanů. Proto se ve výzkumu zaměřím i na tuto otázku.

V českém kontextu musíme též vycházet ze specifík české (ne)religiozity nebo tzv. české cesty religiozity, která vychází z historického vývoje antiklerikalismu, jehož kořeny sahají až k husitským válkám (Beláňová, 2018; Nešpor, 2004). Na základě kvantitativního popisu české religiozity, která byla zkoumána v letech 1991 a 2001, lze usuzovat, že jsou zde signifikantější spíše privatizované formy zbožnosti než ty formy, které jsou církevně organizované. V rámci sčítání lidu provedeného v roce 2011, se většina obyvatel definovalo jako „osoby bez vyznání“. Od roku 2001 též mnohonásobně stoupl počet těch, kteří zaškrtli možnost „neuveďeno“ (Český statistický úřad, 2011), což může naznačovat mimo jiné i ten fakt, že se s žádnou možností neidentifikovali se v žádné možnosti neshledali, přestože ve svém životě vnímají nějakou formu spirituality či transcendence. Potvrdila se všeobecná nedůvěra k církevním institucím, negativní vztah ke katolické církvi a antiklerikální postoj, což stojí za vzrůstem osobní spirituality, která se neváže na církevní instituci, přičemž spiritualita – teistická či orientovaná na člověka – je chápána a metaforicky vyjadřována jako „cesta“ či osobní „hledání“, přičemž samotná cesta je mnohdy důležitější než její cíl. Takto vyjádřená zbožnost je hojná i mezi členy zavedených církví, kterým oficiální učení jejich náboženských skupin často „*nic neříká*“. Tento jev „*víry bez přínáležení*“ není v českém kontextu výjimečný (Nešpor, 2018). I tato skutečnost se může objevovat ve zkušenostech kaplanů a jako téma v supervizi, na které se proto ve výzkumné části taktéž zaměřím.

V evropském, tedy i českém, prostředí je nemocniční kaplan stále častěji chápán jako součást multidisciplinárního týmu, podílejícího se na celostní péči o pacienta, a to především ve velkých fakultních nemocnicích, kde mnohdy působí celý tým nemocničních kaplanů.

Stává se též, že jeden nemocniční kaplan má na starosti jednu nebo i několik nemocnic, v každé z nich má vyhrazený den anebo je „na objednání“ v případě zájmu pacienta. Nelze tedy vždy mluvit o systematické kontinuální duchovní péči, ani o plnohodnotném přináležení k týmu (osobní rozhovory s nemocničními kaplany).

Jsou-li nemocniční kaplani součástí multidisciplinárního týmu, naráží mnohdy na nutnost naučit se komunikovat a překládat to, co přinášejí do společného jazyka, aby předcházeli nepochopení a nepochopení, které může nemocničního kaplana z týmu diskvalifikovat, a/nebo ho zařadit do role outsidera a podivína. Beláňová (2018) se ve svém článku zabývala zdroji nejistoty kaplanství v ČR, ve kterém poukazuje na shodu výsledků výzkumů, zabývajících se každodenní činností a pracovní situací nemocničních kaplanů, ohledně náročnosti role nemocničního kaplana pramenící mimo jiné z konfrontace náboženského profesionála disponující „zvláštní jinakostí“ a silně profesionalizované instituce.

Nemocniční kaplan pracuje (převážně) v nemocnicích, kde jakožto nezdravotní pracovník nebývá o mnohém informován, avšak jakožto zpovědník mnohdy zná nejniternější touhy a přání pacienta. Vzájemná spolupráce a komunikace v rámci multidisciplinárního týmu v zájmu holistické péče o pacienta je klíčová, avšak z dosavadních zdrojů se jeví, že v rámci ČR, jako nedostatečně fungující.

V následující části se věnuji tématům, která vzešla z teoretických základů, které byly prezentovány. Nemocniční kaplan, který přichází do nemocnice z kontextu své denominace a svého teologického zakotvení, je součástí multidisciplinárního týmu v organizaci zaměřené především na fyzické uzdravení pacienta. Setkává se tak nejen nemocniční kaplan a zdravotnický personál, ale dva různé světy se sobě vlastním jazykem, řekněme organizační kultury, které by měly spolupracovat. Přestože byl zaznamenán posun v legislativě podepsáním Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví, kde jsou podmínky pro splnění kvalifikace nemocničního kaplana a rámcový popis náplně práce, profesní vymezení pracovní pozice nemocničního kaplana a k tomu se vzájemně kompetence stále chybí. Nemocniční kaplan jako součást multidisciplinárního týmu ošetřuje spirituální potřeby pacientů (ale též příbuzných a zdravotnických pracovníků) a tím rozšiřuje péči, která se tímto stává holistickou, tj. zaměřenou na všechny části lidské osobnosti – fyzickou, psychickou, sociální a spirituální. Supervize jako jedna z forem podpory nemocničních kaplanů není

plošně nabízena, avšak pokud již probíhá, měla by splňovat parametry profesionální supervize, reflektovat a na zmíněné skutečnosti reagovat.

Výzkum, který následuje, reaguje na prezentovaná témata, která se v průběhu teoretické části objevila, a to na potřebu zmapovat situaci supervize poskytovanou nemocničním kaplanům v ČR, jaké je složení supervidovaných v závislosti na jejich místě působnosti a charakteristice skupiny a z pohledu parametrů profesionální supervize, což je kvantitativně měřitelné a čemuž se věnuji v první fázi výzkumu. Druhá fáze reaguje na ta témata, která nejsou kvantitativně změřitelná, avšak pro zodpovězení definovaných otázek významná. Jedná se o témata možných specifik, které supervize nemocničních kaplanů může přinášet. Zda nevyjasněná role a kompetence nemocničního kaplana má nějaký význam pro něj samotného či/a v rámci multidisciplinárního týmu a jaký. Zda se nemocniční kaplan a jeho poslání péče o spirituální aspekt osobnosti v rámci holistické péče o pacienta ve zdravotnictví zrcadlí v supervizním procesu v rámci specificky laděných témat a obsahů, popř. jaký to má vliv jednak na supervizní proces a jednak na kompetence supervizora. Zda střet dvou organizačních kultur a s tím spojeným specifickým jazykem vycházející z daného kontextu má vliv na spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu, jak a zda se zrcadlí v supervizním procesu a zda a jaké klade nároky na osobu supervizora.

# EMPIRICKÁ ČÁST

Jak bylo v úvodu uvedeno, v empirické části se věnuji výzkumu supervize, jak je poskytována nemocničním kaplanům v ČR. Zajímám se o to, zda je kaplanům poskytována profesionální supervize obdobná supervizi v jiných pomáhajících profesích, pokud ano, v jakém rozsahu a v jaké podobě, případně zda má poskytována supervize nějaká specifika a z toho vyplývající nároky na osobu supervizora. Začínám představením kontextu výzkumu, definuji cíl a účel výzkumu a dále se zaměřuji na metodologii celého výzkumu. Reflektuji etické aspekty, představuji výsledky a diskutuji je mj. v souvislosti se sebereflexí výzkumníka a limity výzkumu. Nakonec shrnuji svá zjištění, a předkládám výsledky svého výzkumu pro supervizi nemocničních kaplanů.

## 4. Kontext výzkumu

Nemocniční kaplani jsou praktikující věřící, kteří, podle mých dosavadních zkušeností, slouží krom nemocničního kaplanství jako dobrovolníci v různých sociálních službách nebo jsou zaměstnání v církvi. Přicházejí do nemocnice ze svých církví a farností, kde jsou předmětem jejich zájmu a praxe spirituální a duchovní potřeby věřících i nevěřících. Zdravotnické zařízení je prostředí, které je primárně zaměřeno na tělesné uzdravení, které se ne vždy dostavuje, lidé zde také umírají. „*Klienty*“ nemocničních kaplanů jsou potom nejen pacienti, ale i jejich pozůstalí a mnohdy i kolegové zdravotníci. Z pohledu náplně práce nemocničních kaplanů, terminologie, na kterou jsou zvyklí, jejich víry a hodnot, které za vírou stojí, slouží de facto v prostředí, které je nastavené úplně jinak. Jakožto nezdravotnický personál se též musejí vyrovnat s omezením přísunu informací o stavu pacientů, což je mnohdy v kontrastu k „*výsadě*“ znát jejich mnohdy nejhlubší tajemství, přání a touhy. Tyto skutečnosti staví kaplany do náročné pozice, která s sebou nese mnohá napětí. Supervize je a měla by být jednou z variant péče o nemocniční kaplany, avšak vzhledem k tomu, že v našem prostředí jde o relativně nový fenomén, není probádáno, zda, kde a jak supervize nemocničních kaplanů na území ČR probíhá a pokud ano, jakou má povahu. Toto jsem zvolila jako předmět svého výzkumu.

## 5. Účel a cíl výzkumu

Švaříček, Šedřová (2014) přirovnávají cíl výzkumu a výzkumné otázky ke kompasu, podle kterého bychom se měli v průběhu celého výzkumného procesu orientovat a neustále ho sledovat, zda se blížíme k jejich naplňování.

Cílem mého výzkumu je zmapovat situaci supervize nemocničních kaplanů v ČR a pojmenovat zkušenosti a případné fenomény/specifická témata vyskytující se v supervizi nemocničních kaplanů v ČR. Pro zmapování situace supervize si budu tyto pojmy především operacionalizovat. Pojem supervize budu chápat ve smyslu definice Havrdové (2013, s.514) takto *„Supervize je systematická odborně vedená reflexivní interakce lidí směřující k prohloubení kvality práce v určité pracovní oblasti. Je uskutečňována na bázi kontraktu mezi zadavateli supervize, supervizorem a účastníky supervize a z něj se odvíjejícího pracovního spojení. Zaměřuje se na konkrétní možnosti vyladění pracovních postojů, postupů a vztahů s realizací profesionálních hodnot a cílů v pracovní situaci.“* Mapování situace supervize bude v této souvislosti zahrnovat otázky mapující, zda je supervize poskytována nemocničním kaplanům systematicky, odborně (vycvičeným supervizorem), s využitím reflexivní interakce, se zřetelem ke kvalitě práce kaplanů a jejího prohlubování, na bázi uzavíraného trojstranného kontraktu. Dále mne v souvislosti s mapováním situace dle definice supervize budou zajímat konkrétní zkušenosti účastníků, aby se ukázalo, na jaká témata se supervize kaplanů zaměřuje, zda jsou něčím specifická ve srovnání se supervizí ve zdravotnictví či v sociálních službách a jak jsou případně reflektovány hodnoty a cíle v pracovních situacích kaplanů.

## 6. Metodologie

Výše uvedený záměr, jak zkoumat situaci supervize nemocničních kaplanů v ČR a pojmenovat zkušenosti a případné fenomény/specifická témata vyskytující se v supervizi nemocničních kaplanů v ČR, jsem rozdělila podle dílčích témat na ta, která chci zkoumat kvantitativně pomocí dotazníku, a ta, která považuji za důležité zkoumat kvalitativně. Jako výzkumná metoda byla tedy zvolena metoda smíšeného výzkumu, a to v sekvenční podobě. Pro dvoufázový smíšený výzkum jsem se rozhodla proto, že zde vidím jako výhodné odlišit dvě úrovně přístupu. V první úrovni budu zkoumat celkovou situaci supervize nemocničních

kaplanů v ČR, kdy není zcela známo, zda supervize vůbec probíhá, jak probíhá a kde probíhá. To zahrnuje komponenty měřitelné kvantitativně (ano, ne, jak často apod.) s co nejširším záběrem respondentů. Ve druhé úrovni budu zkoumat zkušenosti se supervizí a případná specifika v supervizi nemocničních kaplanů, k čemuž považuji za vhodné využít hloubkové rozhovory. Sekvenční design výzkumu volím proto, abych po celkovém zmapování situace a výskytu supervize v první fázi mohla ve druhé fázi oslovit participanty kvalitativního výzkumu, kteří by co nejlépe reprezentovali různé aspekty supervize dle výsledků v první fázi. Smíšený výzkum, který kombinuje metody a techniky kvantitativního a kvalitativního přístupu, kdy tato kombinace sebraných dat a výsledků využívá vzájemného doplnění mezi jednotlivými přístupy (Hendl, 2016), mi připadal pro účel tohoto výzkumu jako nejvhodnější. Nyní představím etické aspekty výzkumu, které se týkají obou fází.

## 7. Etické aspekty výzkumu

*„Etické otázky hrají ve společenskovedním výzkumu důležitou roli“*, jak píše Hendl (2016) a dále uvádí základní pravidla a základní zásady etického jednání při výzkumu, kterými jsem se vedla při reflexi o etických otázkách a dilematech, které výzkum přinese. Jelikož výzkum bude veden v rámci početně malé cílové skupiny a týká se – především kvalitativní část výzkumu – osobních zkušeností jak participantů, tak lidí, kterým účastníci slouží a kteří jsou mnohdy vázáni mlčenlivostí, bylo třeba těmto otázkám věnovat obzvláště velkou pozornost.

Již při formulování otázek do dotazníku jsem se v rámci kvantitativní části výzkumu rozhodla diskutovat nezbytnost zachování anonymity s Asociací nemocničních kaplanů (ANK) a Katolickou asociací nemocničních kaplanů (KANK), které nemocniční kaplany sdružují. Jejich náměty týkající se zachování anonymity jsem při konstrukci dotazníků využila a respektovala, přestože mi to později zkomplikovalo další pokračování ve výzkumu, respektive výběr respondentů, se kterými jsem v kvalitativní části vedla rozhovory. Volitelná položka, která požadovala kontakt na případnou další spolupráci v druhé úrovni výzkumu formou hloubkového rozhovoru, byla pro zachování anonymity nepřijatelná. Položku jsem tudíž změnila a poskytla svůj kontakt, na který se obrátit v případě zájmu další spolupráce. Vyplnění online dotazníku pak bylo anonymní bez možnosti zjištění původu respondenta.



Kvalitativní část výzkumu byla vedena formou hloubkových rozhovorů. Etické aspekty výzkumu zde zahrnovaly informovanost účastníků výzkumu, bezpečnost a ochranu soukromí dotazovaných a dobrovolnost. S účastníky výzkumu jsem se domlouvala pomocí emailů a telefonátů. V rámci našeho domlouvání bylo zahrnuto též seznámení s cílem, důvodem a obsahem rozhovoru a další vyjednávání podmínek – především čas a místo – které se rozhovorů týkaly. Před zahájením rozhovorů jsem od každého respondenta získala ústní souhlas s pořízením audiozáznamu za účelem dalšího zpracování. Všichni respondenti se rozhovoru účastnili dobrovolně a rozhovory byly vedeny na pracovišti respondentů, tudíž v jejich bezpečném prostředí. Audiozáznamy a přepisy rozhovorů jsou uloženy pod heslem v počítači výzkumníka. Každému respondentovi byl určen specifický kód, pod kterým je prezentován i v průběhu prezentace výsledků tohoto výzkumu.

V úvodu každého rozhovoru jsem se s respondenty domluvila na předpokládaném časovém rámci, a opět jsem stručně shrnula cíl, důvod a obsah rozhovoru. Rovněž jsem respondenty ujistila, že pokud se v rozhovoru vyskytnou informace, které by mohly ohrozit jejich anonymitu či anonymitu kohokoliv jiného či situace spadající do kategorie „*supervizní mlčenlivost*“, tuto informaci na požádání neuvedu. Bude-li však tato informace pro cíl výzkumu důležitá, byla jsem otevřená diskutovat o možnostech, jak s touto situací naložit. Tato situace nastala při jednom rozhovoru. Konkrétní epizoda tudíž nebyla uvedena jako příklad v prezentaci výsledků.

Jelikož jsou respondenti součástí malé skupiny, představuji v popisu výzkumného vzorku kvalitativní části výzkumu respondenty minimálně, avšak pro účely výzkumu je alespoň minimální představení nezbytné. Respondenty v této práci uvádím pouze v mužském rodě, přesto se však nevyhnu riziku, že člověk, který je znalý prostředí a lidí pohybujících se po poli, ve kterém je výzkum veden, může toho-kterého respondenta poznat.

## 8. První fáze výzkumu – kvantitativní část

### 8. 1. Cíl a výzkumné otázky

Hlavním cílem kvantitativní části výzkumu bylo zmapovat situaci supervize, která je nemocničním kaplanům v České republice poskytována. Jak jsem uvedla výše při operacionalizaci pojmu supervize, supervizi je chápán „*model profesionální supervize*“ dle

definice Havrdové (2013), kdy na základě trojstranného supervizního kontraktu je poskytována pravidelná supervize, pod vedením supervizora, který je pro tuto službu vyškolen a který se řídí etickým kodexem supervizorů. Nemocničním kaplanem je pak rozuměn muž či žena – duchovní či laik – který přichází do nemocnice za účelem péče o spirituální stránku pacienta (viz. kap. 3.5)

Na základě uvedené operacionalizace, stanoveného hlavního cíle a dosavadních poznatků z praxe a z literatury jsem formulovala hlavní a dílčí výzkumné otázky:

***Hlavní otázka: „Jaká je situace supervize poskytované nemocničním kaplanům v České republice?“***

***Dílčí výzkumná otázka 1:*** Jaké jsou charakteristiky nemocničního kaplana v ČR? (zahrnuje např. pohlaví, denominace, předchozí vzdělání, placená či neplacená role, délka působení v roli kaplana, velikost úvazku, předchozí výcvik).

***Dílčí výzkumná otázka 2:*** Je nemocničním kaplanům všeobecně dostupná a poskytovaná profesionální supervize nebo jiný forma podpory? (zahrnuje např. typy podpory, místo, formu a frekvenci poskytování, kdo ji poskytuje, zda se pracuje s kontraktem, zda supervidovaní mohou ovlivnit volbu supervizora, jejich požadavky na supervizora, jejich hodnocení přínosu supervize).

## 8. 2. Hypotézy

K výše uvedeným výzkumným otázkám jsem formulovala následující hypotézy:

***Hypotéza č. 1*** *Nejobvyklejší formou využívané podpory nemocničních kaplanů je vzdělávání*

Zdůvodnění: V rámci osobních rozhovorů s nemocničními kaplany a nabídek uvedených na webových stránkách asociací sdružující nemocniční kaplany v ČR jsem zjistila, že je nabízena podpora především v oblasti vzdělávání, ať už to jsou odborné semináře, tematicky zaměřené konference či již od roku 2019 podepsáním Dohody o duchovní péči v LZZ (viz kap. 3.2) povinný kurz nemocničního kaplanství pod Evangelickou teologickou fakultou. Vycházím-li z rozhovorů s vedoucími asociací a

supervizory poskytující supervizi v církvi a zdravotnictví, supervize jakožto další možná forma podpory nemocničních kaplanů zaměřující se na reflexi pracovní činnosti a tím zkvalitňování jejich služby není nabízena tak celoplošně jako právě vzdělání, přestože je po ní mezi nemocničními kaplany poptávka.

***Hypotéza č. 2 – Většina nemocničních kaplanů má se supervizí alespoň nějakou zkušenost, která se nutně neváže na službu nemocničního kaplana***

Zdůvodnění: V rámci přípravy výzkumu a osobních rozhovorů jsem zjistila, že mnozí nemocniční kaplani pracují nejen v nemocnicích, ale též v dalších organizacích, které jsou zaměřeny na pomáhající profese. Předpokládám proto, že mohou mít zkušenost se supervizí např. ze sociálních nebo zdravotnických organizací. Zajímalo mě, zda to tak je a jak je to procentuálně zastoupeno v rámci celé ČR.

***Hypotéza č. 3 - Supervize poskytovaná nemocničním kaplanům je soustředěna do Prahy a velkých měst***

Zdůvodnění: Za vznikem a formulací této hypotézy stojí předpoklad, jednak že ve větších městech je koncentrace nemocnic a supervizorů a jednak to, že Praha je nakloněna k zavádění různých inovací do praxe. Za hypotézou stojí touha zjistit, zda to není jen předpoklad, a podložit ji relevantními daty.

***Hypotéza č. 4 – Ti nemocniční kaplani, kterým je supervize poskytována, ji hodnotí jako přínos pro svoji službu***

Zdůvodnění: Vycházím-li z vlastní zkušenosti jako supervizor pohybující se již dva roky mezi nemocničními kaplany a rovněž supervizory (viz. kap. 9.8), jejich pozitivní reakce, kterou často slýchám na supervizi, zrcadlí uvedené přesvědčení. Výzkum má tuto hypotézu ověřit a podložit relevantními daty.

***Hypotéza 5 – Křesťanská víra je jedním z nejdůležitějších požadavků na supervizora nemocničních kaplanů***

Zdůvodnění: V této hypotéze se zrcadlí moje očekávání jakožto věřící křesťanky (viz, kap. 9.8) a předběžné osobní rozhovory s některými nemocničními kaplany, kdy požadavek věřícího supervizora byl častokrát zmiňován. Výzkumem jsem chtěla ověřit, zda toto očekávání není pouze otázkou osobního přesvědčení mne a některých nemocničních kaplanů

v blízkém okolí. Ověřování hypotézy vychází z předpokladu, že mezi nejdůležitějšími vlastnostmi bude figurovat požadavek víry či křesťana. Z toho důvodu jsem se respondentů ptala na požadavky na supervizora, které považují za důležité. Žádala jsem respondenty, aby vybraly tři, které považují za nejdůležitější a ty pak nechala seřadit.

### 8. 3. Použitá metoda

Pro účel této fáze výzkumu byla zvolena technika dotazníkového šetření. K ověření výzkumných otázek a formulovaných hypotéz jsem konstruovala převážně uzavřené otázky dotazníku s nucenou volbou předem vytvořených alternativ, popř. s možností doplnění vlastní možnosti. Otázky se týkaly jednak charakteristik nemocničních kaplanů, kteří dotazník vyplnili (např. k jaké církvi se hlásí, jak dlouho působí v roli kaplana), jednak jimi přijímané supervize (např. je Váš supervizor věřící křesťan? ano-ne-nevím). Dotazník taktéž zahrnoval otázky s možností odpovědi multiple-choice a možností doplnění vybrané odpovědi předem vytvořené alternativy, jednalo se např. o doplnění průměrného počtu účastníků na supervizi. Zastoupeny byly i otevřené otázky, které se týkají názoru či výčtu (např. Kdybyste si mohl/a sám/a vybrat supervizora/ku pro sebe, jaké vlastnosti byste u něj/ní považoval/a za důležité?).

Otázky týkající se supervize vyplňovali pouze ti nemocniční kaplani, kterým je v současné době supervize poskytována. Některé položky byly cíleně formulovány tak, aby ověřovaly konkrétní hypotézu (např. Jak byste ohodnotil/a svou celkovou spokojenost se supervizí? Zvolte číslo na stupnici 1 – výborně až 5 – nedostatečně).

Data byla sbírána pomocí služby GoogleForms.

### 8. 4. Výzkumný soubor

**Pro dotazníkové šetření** bylo mým záměrem oslovit co největší možný počet nemocničních kaplanů působících na území ČR, vzhledem k tomu, že jsem věděla, že jich nebude mnoho. Nemocničním kaplanem je rozuměn muž či žena – duchovní či laik, který je oficiálně pověřen touto rolí na základě kontraktu mezi některou církví a vedením nemocnice a přichází do nemocnice za účelem péče o spirituální stránku pacienta.

V současné době není znám přesný počet nemocničních kaplanů v ČR, provedla jsem proto kvalifikovaný odhad, a to podle počtu členů v asociacích sdružujících nemocniční

kaplany. V ČR se jedná o dvě asociace, Asociaci nemocničních kaplanů (ANK) a Katolickou asociaci nemocničních kaplanů (KANK), které nemocniční kaplany sdružují. Obě asociace jsem oslovila s žádostí o spolupráci jak ve fázi formulování položek dotazníků (zejména ohledně anonymity), tak následně ohledně pomoci s distribucí dotazníku. Zájem o vyplnění dotazníků a účasti na výzkumu jsme dále podpořila svojí účastí na 8. konferenci o nemocničním kaplanství (18. 6. 2019). Na této konferenci jsem navázala řadu osobních kontaktů, oslovovala jsem přítomné kaplany a snažila jsem se je získat pro spolupráci na připravovaném výzkumu. Rovněž jsem se seznámila s vedoucími asociací, od kterých jsem se dozvěděla o interních databázích jejich členů, a domluvila spolupráci na připravovaném dotazníkovém šetření. V průběhu spolupráce jsem se dozvěděla, že ne všichni nemocniční kaplani z nekatolických církví jsou členy asociace, jak jsem předpokládala, a znamenalo to novou nejistotu ohledně počtu členů zkoumaného souboru kaplanů v ČR. Posléze jsem tedy zvolila dvě cesty, a to 1) oslovit nemocniční kaplany, kteří jsou v interních databázích asociací, 2) oslovit všechny kontakty, které jsem na kaplany měla. V obou případech jsem žádala, aby dotazník rozposlali dál po svých sítích kontaktů. Oslovení nemocniční kaplani dostali e-mailovou formou link, na kterém bylo možné dotazník vyplnit v průběhu dvou měsíců, kdy byl dotazník aktivní.

Interní databáze čítala cca 120 kontaktů, avšak o všech kontaktech, na které byl link s dotazníkem dále rozeslán mimo databáze, nemám žádné informace. Celkem dotazník vyplnilo 33 respondentů, a to představuje při 120 respondentech návratnost 26,6 %.

Plné znění dotazníku je umístěno v příloze č. 1.

## 8. 5. Zpracování dat

Získaná data byla pomocí služby Google Forms ukládána do službou přednastavených grafů a tabulek. Dotazník jsem rozdělila na dvě části, a to na část, kterou vyplňovali všichni respondenti, a část, na které se podíleli pouze ti, kterým v době vyplňování dotazníku byla poskytována supervize v rámci jejich služby nemocničního kaplanství. Z tohoto důvodu se výzkumný vzorek v průběhu vyplňování dotazníku zúžil.

Grafy i tabulky jsem následně pro lepší přehlednost a vizuální kvalitu zpracovala pomocí programu Microsoft Excel a výsledky seřadila tak, aby přehledně ukazovaly odpovědi na dílčí výzkumné otázky a hypotézy. Takto je budu nyní prezentovat.

## 8. 6. Výsledky

### 8. 6. 1. *Dílčí výzkumná otázka 1:* Jaké jsou charakteristiky nemocničního kaplana v ČR?

Charakteristiky nemocničních kaplanů, kteří vyplnili dotazníky, jsou prezentovány v tabulkách podle sledovaných parametrů. Dotazníky celkem vyplnilo celkem 33 respondentů, z toho 14 žen a 19 mužů.

**Tabulka č. 1 Denominace**

Denominace	N 33	%
Římskokatolická církev	15	45,5 %
Česká církev evangelická	5	15,2 %
Církev adventistů sedmého dne	6	18,2 %
Slezská církev evangelické augsburského vyznání	2	6,0 %
Pravoslavná církev	2	6,0 %
Církev československá husitská	1	3,0 %
Zavadějící informace	2	6,0 %

Nejvíce kaplanů pocházelo z Římskokatolické církve 15 (45,4 %), dále z ČCE 5 (15,2 %) nejméně respondentů z řad Církve československé husitské, jak je patrné z tabulky č. 1.

**Tabulka č. 2 - Délka působnosti v roli nemocničního kaplana**

Délka působnosti v roli nemocničního kaplana	N 33	%
více než 3 roky	20	60,6 %
1–3 roky	10	30,3 %
do jednoho roku	3	9,1 %

**Tabulka č. 3 - Rozsah pracovní doby**

Rozsah pracovní doby	N 33	%
42 h týdně	8	24,2 %
20 h týdně	7	21,3 %
10 h týdně	12	36,4 %
cca 10 h měsíčně	6	18,1 %

**Tabulka č. 4 - Finanční odměna**

<b>Finanční odměna</b>	<b>N 33</b>	<b>%</b>
placeno plně	26	78,8 %
placeno částečně	4	12,1 %
bez finanční odměny	3	9,1 %

Respondenti uváděli, že 20 (60,6 %) respondentů působí v roli kaplana více než 3 roky, 10 (30,3 %) respondentů 1-3 roky a 3 (9,1 %) do jednoho roku, jak je patrné z tabulky č. 2, a z toho ve službě nemocničního kaplana pracuje 12 (36,4 %) respondentů cca 10h týdně, 8 (24,2 %) respondentů cca 42h týdně, 7 (21,3 %) respondentů cca 20h týdně a 6 (18,1 %) respondentů cca 10h měsíčně, jak lze vyčíst z tabulky č. 3. Tabulka č. 4 pak ukazuje, že za svou práci je placeno 26 (78,8 %) respondentů, 4 (12,1 %) respondenti placeno částečně a 3 (9,1 %) respondenti uvedli službu dobrovolnou bez nároku na finanční odměnu.

**Tabulka č. 5 – Lokace**

<b>Lokace</b>	<b>N 33</b>	<b>%</b>
Praha	10	30,3 %
Ústecký kraj	6	18,1 %
Moravskoslezský kraj	5	15,2 %
Zlínský kraj	4	12,1 %
Jihomoravský kraj	4	12,1 %
Středočeský kraj	2	6,1 %
Jihočeský kraj	2	6,1 %

**Tabulka č. 6 - Města působnosti podle počtu obyvatelstva**

<b>Města působnost podle počtu obyvatelstva</b>	<b>N 33</b>	<b>%</b>
nad 100 tis.	12	36,4 %
do 100 tis.	11	33,3 %
do 50 tis.	10	30,3 %

Do dotazníkového šetření se zapojilo 10 (30,3 %) (z celkových 33 respondentů) v Praze, dále pak 6 (18,1 %) v Ústeckém kraji, 5 (15,2 %) v Moravskoslezském kraji, 4 (12,1 %) ve Zlínském, 4 (12,1 %) v Jihomoravském, 2 (6,1 %) ve Středočeském a 2 (6,1 %) v Jihočeském kraji, jak je patrné z tabulky č. 5. Respondenti z ostatních krajů se nezapojili. 12 (36,4 %) respondentů působí ve městě nad 100 tisíc obyvatel, 11 (33,3 %) respondentů

v městě do 100 tisíc obyvatel a 10 (30,3 %) respondentů ve městě do 50 tisíc obyvatel, jak je vidět v tabulce č. 6.

**Tabulka č. 7 – Vzdělání**

Vzdělání	N 33	%
pouze teologické	17	51,5 %
teologické a jiné	11	33,3 %
jiné	5	15,2 %

**Tabulka č. 8 - Výcvik nemocničního kaplana**

Výcvik nemocničního kaplana	N 33	%
má	27	81,9 %
nemá	6	18,1 %

Pro svoji službu má teologické vzdělání 28 (84,8 %) a z toho 17 (51,5 %) má pouze teologické vzdělání, 11 (33,3 %) respondentů teologické a jiné, teologické vzdělání pak nemá 5 (15,2 %) respondentů, jak je patrné z tabulky č. 7. Z celkového počtu výcvik pro službu nemocničních kaplanů má 27 (81,9 %) respondentů a 6 (18,1 %) respondentů odpovědělo záporně, což lze vyčíst z tabulky č. 8.

**8. 6. 2. Dílčí výzkumná otázka 2:** Je nemocničním kaplanům všeobecně dostupná a poskytovaná profesionální supervize nebo jiná forma podpory?

Nyní budu prezentovat výsledky dotazníkového šetření, které se zaměřily na zkoumání supervize, respektive zda supervize poskytovaná nemocničním kaplanům vykazuje známky modelu profesionální supervize. Sledované parametry zahrnovaly typy podpory, místo, formu a frekvenci poskytování, kdo ji poskytuje, zda se pracuje s kontraktem, zda supervidování mohou ovlivnit volbu supervizora, jejich požadavky na supervizora.



**Tabulka č. 9 - Existující supervizní smlouva**

<b>Tab č. 9. Existující supervizní smlouva</b>	<b>N 16</b>	<b>%</b>
ano, smlouva existuje a znám ji	6	37,5 %
asi ano, ale neznám ji	6	37,5 %
asi ne, nevím o tom	4	25,0 %

**Tabulka č. 10 - Interval poskytované supervize**

<b>Tab č. 10. Interval poskytované supervize</b>	<b>N 16</b>	<b>%</b>
pravidelně	11	68,8 %
příležitostně	5	31,2 %

O existujícím supervizním kontraktu 6 (37,5 %) respondentů ví a zná ji, 6 (37,5 %) si myslí, že supervizní kontrakt existuje, avšak s ním nejsou obeznámeni a 4 (25 %) respondenti uvedli, že o existenci supervizního kontraktu neví, jak lze vidět v tabulce č. 9.

V tabulce č. 10 lze vidět, že supervize je poskytována 11 (68 %) respondentů pravidelně. Na upřesňující otevřenou volitelnou možnost odpovědi „*Určete prosím četnost setkání*“ odpovědělo celkem 13 respondentů, a z toho 5 respondentů odpovědělo 1x za 3 měsíce, 3 respondenti 1x za 2 měsíce, 2 respondenti 1x za měsíc a po jednom respondentovi měly odpovědi 1x za 4 měsíce, 1x za 6 měsíců a dle potřeby.

**Tabulka č. 11 - Forma supervize**

<b>Tab č. 11 Forma supervize</b>					
	skupinová kaplani	skupinová mezioborová	týmová	týmová mezioborová	individuální
skupinová mezioborová	0	0	1	0	0
individuální	7	1	1	2	0
skupinová kaplani	5	2	2	2	7

Tabulka č. 11 ukazuje, že supervize je poskytována kombinací forem, z nichž je poskytována převážně skupinovou formou, kdy se setkává více nemocničních kaplanů z různých nemocnic (14 respondentů), která je doplňována nejčastěji formou individuální (8

respondentů), dále pak formou týmovou (3 respondenti). Průměrný počet na skupinové či týmové supervizi vyšel na 10 účastníků.

**Tabulka č. 12 - Oblasti / témata**

<b>Oblasti / témata</b>	<b>N 16</b>	<b>%</b>
Moje pocity a otázky kolem role kaplana,	13	81,3 %
Organizační záležitosti a vztahy v nemocnici	12	75,0 %
Řešení sporných případů (z praxe),	11	68,8 %
Etické problémy spojené s praxí,	11	68,8 %
Učení se novým poznatkům a dovednostem,	7	43,8 %
psychologie aj.	6	37,5 %
paliativa	1	6,3 %

Na otázku „*Na co je supervize zaměřena?*“ odpovědělo 16 respondentů. Odpovědi na otázku byly formou „multiple-choice“ s otevřenou možností přidat vlastní odpověď. Z tohoto důvodu uvádím pouze čísla a nikoliv procenta, jak je patrné z tabulky č. 12. Odpovědi respondentů jsou téměř rovnoměrně rozdělena mezi odpovědi řešení sporných případů z praxe (12 respondentů), otázky a pocity kolem role kaplana (13 respondentů), organizační záležitosti a vztahy v nemocnici (12 respondentů) a etické problémy spojené s praxí (11 respondentů). 7 respondentů pak odpovědělo učení se novým poznatkům a dovednostem a odpovědi „psychologie aj.“ a „paliativa“ byly dodány respondenty

**Tabulka č. 13 - Gender supervizora**

<b>Gender supervizora</b>	<b>N 16</b>	<b>%</b>
muž	5	31,2 %
žena	11	68,8 %

**Tabulka č. 14 - Supervizor křesťan/ka?**

<b>Křesťan/ka</b>	<b>N 16</b>	<b>%</b>
Ano	10	62,5 %
Ne	1	6,0 %
Nevím	5	31,2 %

**Tabulka č. 15 - Externí či interní supervizor**

<b>Externí či interní supervizor</b>	<b>N 16</b>	<b>%</b>
externí supervizor	15	93,8 %
interní supervizor	1	6,2 %

**Tabulka č. 16 - Absolvovaný supervizní výcvik**

<b>Absolvovaný supervizní výcvik</b>	<b>N 16</b>	<b>%</b>
Ano	16	100,0 %
Ne	0	0,0 %

Jak lze vyčíst z tabulky č. 13, genderové zastoupení je nevyvážené, 11 (68,8 %) respondentů uvedlo, že jejich supervizor je žena a pouze 5 (31,2 %) respondentů uvedlo, že jejich supervizor je muž. Na dotaz ohledně víry supervizora (myšleno křesťanské víry) 10 (62,5 %) respondentů uvedlo, že jejich supervizor je křesťan/ka, 1 (6 %), že není a 5 (31,2 %) odpovědělo, že neví, jak je patrné z tabulky č. 14. Tabulka č. 15 pak ukazuje, že téměř všichni 15 (93,8 %) respondenti využívají služeb externího supervizora, pouze v jednom případě supervizora interního. Všichni 16 (100 %) respondentů uvedlo, že jejich supervizor má absolvovaný supervizní výcvik, jak je vidět v tabulce č. 16.

Na doplňující otázku „*Máte možnost ovlivnit výběr supervizora/ky?*“ s volitelnou možností odpovědi odpovědělo 16 respondentů, z toho 10 respondentů odpovědělo „*ano, k jeho výběru se mohu vyjádřit i nesouhlasit či odmítnout*“ a 6 respondentů odpovědělo „*mohu se vyjádřit, ale spíše rozhoduje někdo jiný*“, ani jeden respondent neuvedl odpověď „*Ne (na názor jsem nebyl/a tázán/a)*“.

Na doplňující otázku „*Kdo rozhoduje o volbě supervizora?*“ s volitelnou možností odpovědi, odpovědělo 9 respondentů, a z toho 6 respondentů uvedlo, že o volbě supervizora rozhoduje nadřízený, 2 respondent uvedl nadřízený, ale tím má možnost se k tomu vyjádřit a 1 respondent uvedl zavádějící informaci.

### 8. 6. 3. Ověřování hypotéz

- a) **Hypotéza č. 1** - Nejobvyklejší formou využívané podpory nemocničních kaplanů je vzdělávání

**Tabulka č. 17 - Formy podpory – existující**

<b>Formy podpory – existující</b>	<b>N 33</b>	<b>%</b>
kurzy, školení, odborné semináře a konference	30	90,9 %
společná setkávání s ostatními nemocničními kaplany	23	69,7 %
modlitební podpora vysílající církve	16	48,5 %
pravidelné setkávání s duchovním nadřízeným	9	27,3 %
supervize	8	24,2 %

Nejčastější formou podpory, kterou nemocniční kaplani využívají, je vzdělávání, konkrétně 30 (91 %) z celkového počtu nemocničních kaplanů uvedlo, že využívá podpory formou kurzů, školení, odborných seminářů, konferencí apod. Častou formou podpory jsou mimo vzdělání také společná setkávání s ostatními nemocničními kaplany (uvedlo 23 kaplanů). Nejméně pak uváděli jako formu podpory supervizi. Respondenti odpovídali „multiple-choice“ možností.

**Tabulka č. 18 - Formy podpory požadované**

<b>Formy podpory – požadované</b>	<b>N 33</b>	<b>%</b>
supervize	7	44 %
zájem od vedení církve, nemocnice	3	19 %
více dobrovolníků	2	13 %
duchovní doprovázení	1	6 %
sebezkušnostní výcvik	1	6 %
finance	1	6 %
aktivní podpora církve	1	6 %

Respondenti dále mohli odpovědět na volitelnou otázku „*Jaké formy podpory ve Vašem povolání nemocničního kaplana byste uvítali?*“. Z celkového počtu 33 respondentů na tuto otázku odpovědělo 16 respondentů. 7 respondentů odpovědělo supervizi, 3 respondenti zájem od vedení církve, nemocnice, 2 respondenti odpověděli více dobrovolníků, a po jednom respondentovi měla odpověď duchovní doprovázení, sebezkušenostní výcvik, finance a aktivní podpora církve, jak lze vyčíst z tabulky č. 18.

**Hypotéza se potvrdila jako platná.**

**b) Hypotéza č. 2 - Většina nemocničních kaplanů má se supervizí alespoň nějakou zkušenost, která se nutně neváže na službu nemocničního kaplana.**

**Tabulka č. 19 - Zkušenosti se supervizí**

<b>Zkušenost se supervizí</b>	<b>N 33</b>	<b>%</b>
ano – z výcviku nemocničních kaplanů	15	45,6 %
ano – z jiné oblasti	13	39,4 %
ne	5	15,2 %

Dotazníkovým šetřením se zjistilo, že 28 respondentů z celkového počtu 33 má alespoň nějakou zkušenost se supervizí, a to 15 (45,6 %) respondentů z výcviku nemocničních kaplanů a 13 (39,4 %) z jiné oblasti. 5 (15,2 %) respondentů uvedlo, že nemá zkušenost se supervizí žádnou, jak lze vyčíst z tabulky č. 19.

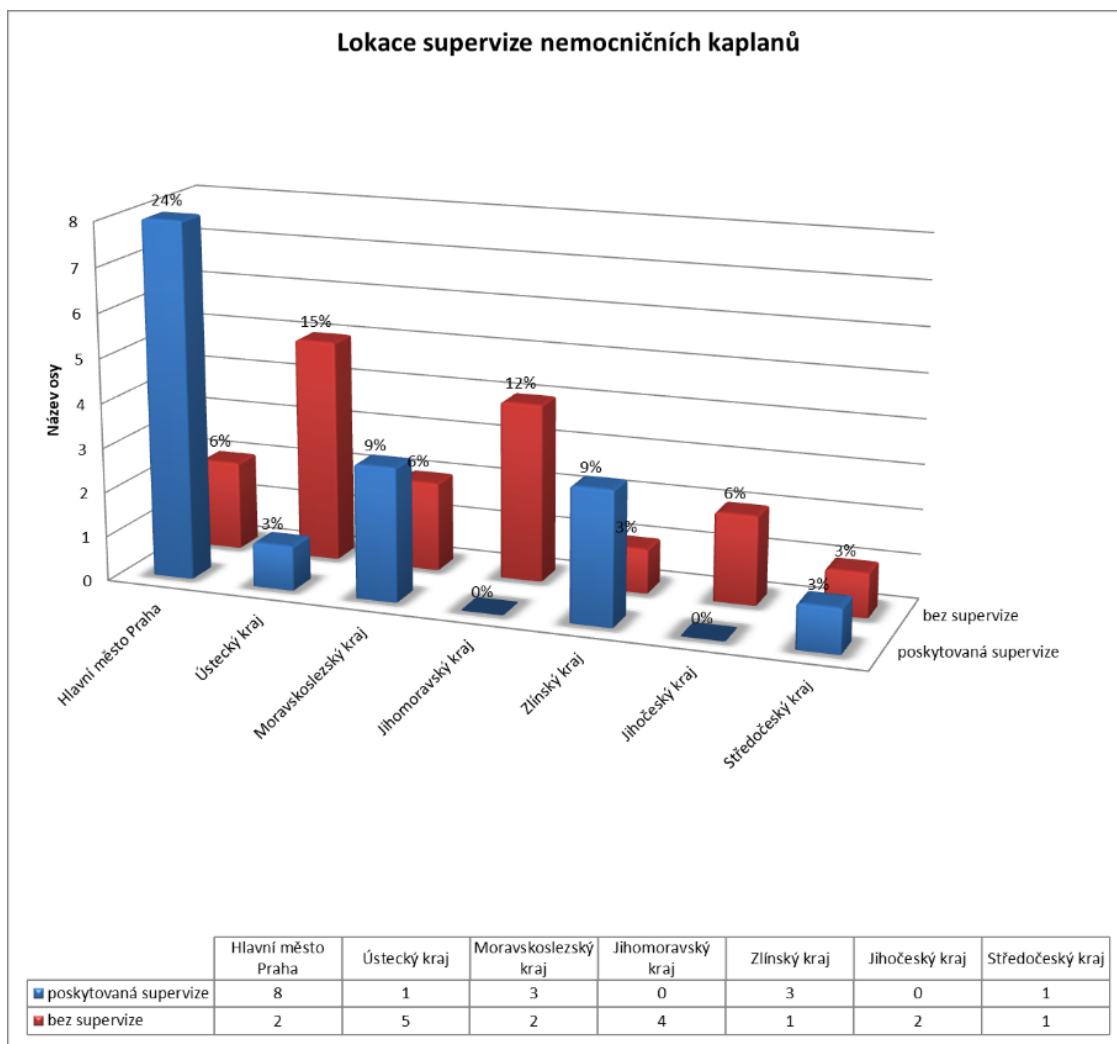
**Tabulka č. 20 – Zkušenost supervize „ano – z jiné oblasti“**

<b>Zkušenost supervize „ano – z jiné oblasti“</b>	<b>N 16</b>	<b>%</b>
Sociální služby	6	37,5 %
Nemocnice	4	25,0 %
Sebezkušenostní výcvik	4	25,0 %
Školství	2	12,5 %
Církev	3	18,8 %

Otevřenou možnost doplnění odpovědi „ano – z jiné oblasti“, jak je patrné z tabulky č. 19, nejvíce respondentů, respektive 6 respondentů, uvedlo, že má zkušenosti se supervizí ze sociálních služeb, 4 pak z nemocnice a sebezkušenostního výcviku, dále následovalo školství a církev.

**Hypotéza se prokázala jako platná.**

c) **Hypotéza č. 3 - Supervize poskytovaná nemocničním kaplanům je soustředěna do Prahy a velkých měst.**



Graf 1 Lokace supervize nemocničních kaplanů v ČR, kraje

Graf 1 zachycuje rozmístění, těch nemocničních kaplanů podle krajů v rámci České republiky, kteří se do výzkumu zapojili a je jim poskytována supervize. Z toho je patrné, že největší zastoupení supervize poskytované nemocničním kaplanům je hlavní město Praha, dále pak následují kraj Ústecký a Zlínský.

**Tabulka č. 21 Lokace supervize nemocničních kaplanů – města podle počtu obyvatel**

<b>Lokace supervize nemocničních kaplanů – města podle počtu obyvatel</b>			
	nad 100 tisíc	50–100 tisíc	do 50 tisíc
poskytovaná supervize	8	3	5
bez supervize	4	8	5

V tabulce č. 21 je pak vidět, že supervize je soustředěna především do měst nad 100 tisíc obyvatel. Zároveň z důvodu absence respondentů z některých krajů ČR, nelze tento výsledek zobecnit na celé území ČR.

**Stanovenou hypotézu z důvodu absence respondentů z některých krajů ČR nelze potvrdit ani vyvrátit.**

**d) Hypotéza č. 4 – Ti nemocniční kaplani, kterým je supervize poskytována, ji hodnotí jako přínos pro svoji službu.**

**Tabulka č. 22 - Hodnocení supervize**

<b>Hodnocení supervize</b>	<b>N 16</b>	<b>%</b>
rozhodně přínosná	11	68,8 %
spíše přínosná	4	25,0 %
nevím	1	6,3 %

Z těchto 16 respondentů téměř všichni (15 z nich) hodnotí poskytovanou supervizi jako přínosnou, konkrétně 11 (68,8 %) jako „rozhodně přínosnou“ a 4 (25,0 %) jako „spíše přínosnou“, zatímco 1 (6,3 %) z nich se vyjádřil, že „neví“.

Dobrovolnou možnost upřesnit odpověď využilo 13 respondentů, tj. 81,3 % odpovídajících respondentů. Jako přínos odpovědělo 6 respondentů „nadhled“, 6 respondentů „sdílení zkušeností a konzultace“, 3 respondenti „reflexi“ a 2 respondenti „inspiraci“ (k víceslovným odpovědím jsem pro přehlednost přiřadila hesla). Jeden respondent se vyjádřil, že mu vadí málo času.

Na dotaz celkového hodnocení supervize formou známky odpovědělo 16 respondentů a průměrná známka vyšla 2.

### Hypotéza je platná.

- e) Hypotéza č. 5 – Křesťanská víra je jedním z nejdůležitějších požadavků na supervizora nemocničních kaplanů.

**Tabulka č. 23 - Vlastnosti supervizora – pořadí podle preferencí**

<b>Vlastnosti supervizora – pořadí podle preferencí</b>		
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
pravdivost	otevřenost	odbornost
důvěryhodnost	sympatie	podobné hodnoty
empatie	otevřenost	diskrétnost
odbornost	lidská zralost	zájem
diskrétnost	-	-
dobré vyjadřování	zkušenosti se supervizí	sympatické osoba
empatie	naslouchání	-
laskavost	pevný	vzdělaný
podporující	učící	strukturující
pravdivost	odbornost	praktikující křesťan
profesionál	sebedůvěra	umí vést supervizi
profesionalita	umění naslouchat	zdrženlivost
schopnost naslouchat	vnímavý	rozumět naší práci
zájem	empatie	zkušenost
naslouchání	přerámování	reflektování



Odpovědělo 16 respondentů, z toho jeden uvedl nerelevantní odpověď, kterou zde neuvádím. Jak lze vidět v tabulce 23, nejdůležitější je požadavek odbornosti supervizora. Podíváme-li se však na tabulku z pohledu v kontextu se všemi požadujícími vlastnostmi, nikoliv z pohledu pořadí, požadavek na odbornost ustupuje těm, které vyjadřují vnitřní zralost supervizora.

Křesťanská víra byla uvedena pouze jedním respondentem, přestože 63 % respondentů má zkušenost s věřícím supervizorem, což může ukazovat, že křesťanská víra je implicitně předpokládána, avšak není uvedena explicitně. To je nicméně další hypotéza, která může být předmětem ověření v následující kvalitativní části výzkumu.

**Hypotéza se ukázala jako neplatná.**

## 9. Druhá fáze výzkumu – kvalitativní část

Odpovědi na otevřené otázky obsažené v dotazníku mi daly představu o tom, jak přibližně nemocniční kaplani přemýšlí nad supervizí. Konkrétně se to týkalo představ o supervizi a témat, kterými se v supervizi respondenti zabývají („*co si představíte pod pojmem supervize,*“, „*na co je supervize zaměřena?*“), zkušenosti respondentů („*Máte se supervizí nějakou zkušenost? Pokud ano, z jiné oblasti, uveďte z jaké?*“) a představ o osobě supervizora („*kdybyste si mohl/a sama vybrat supervizora/ku pro sebe, jaké vlastnosti byste u něj/ní považovala za důležité.*“)

Uvedená témata jsem se rozhodla detailněji prozkoumat kvalitativním výzkumem, konkrétně hloubkovými polostrukturovanými rozhovory s narativními prvky. V tomto přístupu dodávají narativní prvky v rámci určité struktury rozhovoru volnost, která dává prostor pro vynoření skrytých obsahů a umožňuje zachytit subjektivní významové struktury související s událostmi, tematizovanými při volném vyprávění.

### 9. 1. Cíl a výzkumná otázka

Cílem druhé fáze výzkumu bylo zkoumat zkušenosti ze supervize nemocničních kaplanů v rámci zažitého supervizního procesu a zaměřit se na fenomény, které by mohly

být považovány za specifické v tomto typu supervize. Pro naplnění stanoveného cíle jsem si formulovala následující výzkumné otázky:

*„Jaké jsou zkušenosti supervizorů z různých supervizních kontextů, ve kterých jako supervizoři působí?“*

*„Jaké jsou zkušenosti účastníků ze supervize, kterou jako nemocniční kaplani přijímají?“*

*„Existují nějaká specifika supervize poskytované nemocničním kaplanům v České republice?“*

*„Jaké nároky případně tato specifika kladou na osobu supervizora?“*

## 9. 2. Výběr účastníků výzkumu

Účastníci byli vybíráni z řad supervizorů, kteří poskytují supervizi (nejen, avšak především) nemocničním kaplanům a z řad nemocničních kaplanů, kteří jsou příjemci supervize své služby nemocničního kaplana.

Do dotazníku, který byl v první fázi výzkumu zaslán na základnu členů asociací sdružující nemocniční kaplany, jsem vložila i poptávku po dobrovolnících z řad kaplanů, kteří by byli ochotni poskytnout osobní rozhovor. Původním záměrem bylo získat kontaktní údaje na takového zájemce o rozhovor, kterého bych posléze kontaktovala, avšak toto se ukázalo jako nepřipustné z důvodu zachování anonymity. Poskytla jsem tudíž zájemcům naopak svoji e-mailovou adresu, aby se mi ozvali. Na tuto adresu mi napsali dva potencionální dobrovolníci. Bohužel ani jeden z nich neodpovídal kritériím pro další výzkum, protože nesplňovali podmínku zkušenosti se supervizí jejich služby nemocničního kaplana. S oslovováním účastníků mi opět pomohly jednak asociace a také samotní nemocniční kaplani, které jsem znala z konference o nemocniční kaplanství, kde jsem navázala osobní kontakty. V této prvotní fázi byla tedy neplánovaně použita technika „sněhové koule“, která „spočívá na výběru jedinců, při kterém nás nějaký původní informátor vede k jiným členům naší cílové skupiny.“ (Disman, 2002, str. 114)

Pro výběr výzkumného vzorku jsem zvolila účelový (záměrný) výběr. „Za záměrný (někdy také účelový) výběr výzkumného vzorku označujeme takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností...Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium (nebo soubor kritérií) splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit.“ (Miovský, 2006, str. 135)

Základním kritériem pro výběr respondentů byla zkušenost se supervizí nemocničních kaplanů. Pro účel výzkumu jsem dále považovala za důležité oslovit jak supervizory, tak příjemce supervize. Důvodem bylo zprostředkování obou pohledů na supervizní proces – jak z pohledu supervizora, který supervizi poskytuje, tak z pohledu supervidovaného, kterému je supervize poskytována.

Pro záměrný výběr participantů jsem si dále formulovala následující kritéria složení dotazovaných:

- Co možná nejširší pojetí různých pohledů na supervizní proces
- Co možná největší diverzita zkušeností se supervizí
  - o V rámci různých kontextů
  - o V rámci forem supervize
- Co možná největší diverzita v přístupu k otázkám spirituality a teologického zakotvení či nezakotvení

Tato kritéria pak měla pomoci zachytit supervizní proces v různých kontextech, z různých úhlů pohledu a vycházející z různého duchovně-teologického či spirituálního zakotvení respondentů. To mělo usnadnit nalezení případných specifik, která se vážou k supervizi nemocničních kaplanů. Bohužel se nepodařilo tato kritéria vzhledem k malému počtu potenciálních účastníků rozhovorů se zkušeností s tímto typem supervize naplnit.

V kategorii *supervizoři, poskytující supervizi nemocničním kaplanům* jsem vybírala supervizory, kteří měli zkušenost i s poskytováním supervize v jiném kontextu než kontextu nemocničního kaplanství. Toto kritérium jsem považovala za důležité pro zmapování možných specifik supervize poskytované nemocničním kaplanům oproti supervizi poskytované v jiných kontextech. Dále jsem mezi supervizory hledala takové, kteří by byli zároveň věřící křesťané, supervizoři i kaplani, a supervizory, kteří nejsou praktikující křesťané. Hledala jsem tedy diverzifikovanou skupinu supervizorů, co se týče vyznání a zkušenosti s nemocničním kaplanstvím. Toto kritérium se ukázalo jako velice omezující a obtížně naplnitelné. Nakonec se mi podařilo oslovit dva supervizory-nemocniční kaplany – kazatele nekatolických církví, kteří byli ochotni poskytnout rozhovor. Zástupce supervizora-neprotikujícího křesťana, který poskytuje supervizi nemocničním kaplanům a který byl ochoten účastnit se rozhovoru, jsem našla pouze jednoho.

V kategorii *nemocniční kaplani se zkušeností supervize jejich služby* jsem hledala co možná největší diverzitu ve zkušenostech s poskytovanou supervizí, avšak to se mi povedlo

jen u jednoho respondenta, který rovněž dochází na supervizi multidisciplinárního týmu. Ostatní respondenti mají zkušenost pouze se supervizí služby nemocničního kaplana, avšak jak individuální, skupinovou, tak také týmovou –diverzita zkušenosti je zde tedy ve formě poskytované supervize, nikoliv však rozdílnosti kontextů.

### 9. 3. Představení účastníků výzkumu

Z důvodu anonymity předkládám pouze takové informace o účastnících výzkumu, které jsem vyhodnotila jako nezbytné pro účel výzkumu a zároveň neohrožující pro možnou identifikaci.

**Tabulka č. 24 – Představení účastníků výzkumu**

Respondent	Role	Zkušenost s poskytovanou supervizí – různé kontexty	Zkušenosti přijatých supervizí
R1	supervizor, kazatel nekatolické církve, nemocniční kaplan	supervize farářů, vzdělávací supervize vikářů, supervize nemocničních kaplanů	supervize v rámci výcviku/kurzu, supervize služby nemocničního kaplana
R2	supervizor, kazatel nekatolické církve, nemocniční kaplan, vojenský kaplan	supervize vojenských kaplanů, supervize nemocničních kaplanů	supervize v rámci výcviku/kurzu, supervize služby nemocničního kaplana
R3	supervizor, psycholog, lektor	supervize v sociálních organizacích, supervize ve zdravotnictví, supervize ve školství, supervize nemocničních kaplanů-farářů nekatolické církve	bez informací
R4	nemocniční kaplan, řeholník		supervize služby nemocničního kaplanství – individuální, týmová, skupina
R5	nemocniční kaplan		supervize služby nemocničního kaplanství – individuální, týmová, skupina
R6	nemocniční kaplan, řeholník		supervize služby nemocničního kaplanství – individuální a týmová, supervize multidisciplinárního týmu

## 9. 4. Použitá metoda a postup tvorby dat

Data pro pozdější zpracování byla získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru s narativními prvky. Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o zkoumaném jevu, narativní komponent polostrukturovaného rozhovoru může odkrýt existující subjektivní významové struktury o určitých jevech, které se při volném vyprávění vyjeví, avšak se neprojeví při cíleném dotazování (Strauss – Corbinová, 1999, Hendl, 20016).

Nejprve byly stanoveny obecné okruhy, na které jsem se chtěla zaměřit v rámci plánovaného rozhovoru a které držely celkovou strukturu. Poté byly vytvořeny konkrétní otázky polostrukturovaného rozhovoru, vždy jedna varianta pro supervizory a jedna pro nemocniční kaplany. Pokaždé, když se respondent od tématu příliš odchýlil, byl podle potřeby usměřován tak, aby se stále v odpovědích pohyboval v daných okruzích, a pokud možno odpovídal na stejné otázky. Styl rozhovoru byl nedirektivní a flexibilně jsem dle potřeby přecházela z jedné formy do druhé, což byl styl, ke kterému jsem dospěla po prvním rozhovoru se supervizorem, který byl zároveň nemocničním kaplanem. Vždy jsem se otázkami ujišťovala, z jaké pozice/role daný respondent odpovídá a taktéž jsem mnohdy respondenta vracela zpět do role, ze které původně začal odpovídat.

Rozhovory se konaly po emailové anebo telefonické domluvě ohledně času a místa. Všechny rozhovory se konaly v pracovním prostředí respondentů buď v kanceláři v nemocnici, v poradně, v kanceláři církve či kláštera. Prostředí bylo respondentům známé, a proto pro ně bylo bezpečným prostorem. Při dvou rozhovorech nás vyrušily pracovní povinnosti, avšak to nijak nenarušilo kontinuitu celého rozhovoru. Všechny rozhovory až na jeden se nesly v příjemné atmosféře. Rozhovory jsem si pořizovala audiozáznam. Od respondentů jsem měla předběžný ústní souhlas, přesto jsem se na začátku každého rozhovoru ujistila, že souhlas trvá.

Osnova polostrukturovaného rozhovoru je umístěna v příloze č. 2.

## 9. 5. Zpracování dat

K analýze takto vytvořených dat z nahraných a přepsaných rozhovorů jsem zvolila tematickou analýzu. Kvalitativní data, která byla v rámci rozhovorů s respondenty vytvořena, jsou velice komplexní, rozmanitá a obsahově bohatá. Tematická analýza se zdá

být nejhodnějším nástrojem pro postihnutí a popsání všech nuancí, které lze v rámci analýzy zachytit. Braun a Clarke (2012, s. 79) ji popisují jako: „*metodu systematické identifikace, organizace a odkazování k významovým vzorcům (tématům) vyskytujícím se napříč daným souborem dat. Skrze zaměření se na význam v daném souboru dat tematická analýza výzkumníkovi umožňuje vidět společné a sdílené významy a zkušenosti a rozumět jim.*“ Hendl (2016, str. 264) na toto téma píše, „*Tematická analýza je proces identifikace datových vzorců, datových konfigurací a témat v kvalitativních datech.*“ Autoři se tedy shodnou na její velké výhodě, flexibilitě.

Tato výhoda s sebou zároveň přináší i omezení ve smyslu role výzkumníka jakožto aktivního prvku, který o datech přemýšlí, nachází v nich souvislosti na základě svého porozumění, a nakonec je interpretuje. Je nutné, aby si výzkumník v průběhu celého procesu vedl deník své práce a proces neustále refleктоval. (Hendl, 2016; Braun a Clarke, 2006).

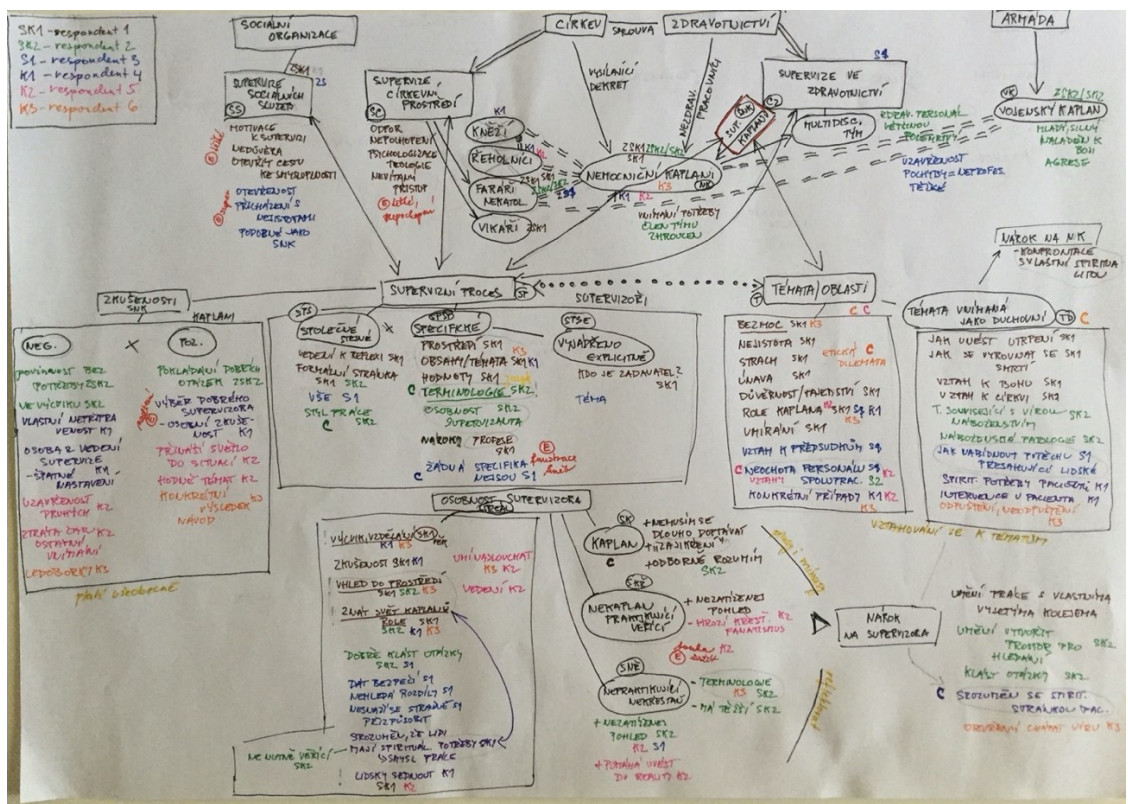
Pro zprůhlednění procesu analýzy navrhuji Braun a Clarke (2012) postup probíhající v šesti fázích, přičemž analýza spočívá v pohybu zpět a vpřed mezi jednotlivými úseky.

- 1) ***Seznámení s daty*** – fáze, která zahrnuje opakovaný poslech (pokud byl pořízen audiozáznam) rozhovorů, pročitání přepisu rozhovoru s cílem proniknout do pořízených dat a seznámit se s jejich obsahem, psaní poznámek a nápadů, které se v průběhu opakovaného seznamování s daty objeví.
- 2) ***Generování počátečních kódů*** – fáze, ve které výzkumník systematicky analyzuje data prostřednictvím kódování, identifikuje takové vlastnosti dat, které mohou být důležité pro zodpovězení výzkumných otázek.
- 3) ***Vyhledávání témat*** – fáze, kdy jsou kódy porovnávány a tříděny do potencionálních témat; v této fázi lze využít tvorbu mentálních a tematických map, popř. tabulek.
- 4) ***Přezkoumání potencionálních kódů*** – v této fázi výzkumník znovu pročítá a reviduje potencionální témata, ujasňuje hranice mezi jednotlivými tématy a ujišťuje se o jejich vztahu k výzkumné otázce.
- 5) ***Vymezení a pojmenování témat*** – tato fáze zahrnuje hlubokou analytickou práci, která zásadně formuje analýzu do jejího jemnozrnného detailu; zahrnuje výběr výňatků k prezentaci a k analýze a následné uvedení příběhu každého tématu s těmito výňatky nebo kolem nich.
- 6) ***Tvorba zprávy*** – konečná fáze zahrnující vypracování finální analýzy, psaní zprávy, která propojuje analytické vyprávění s existující literaturou.

Jelikož jsem reflektovala svoji omezenou zkušenost s analýzou rozhovorů, držela jsem se v průběhu analýzy autorek Braun a Clarke (2012) a postupovala podle jimi navržených fází.

V první fázi jsem se seznámila s daty. Nejprve jsem si poslechla rozhovory na audiozáznamu, poté jsem rozhovory zapsala do programu Word. Zároveň jsem si poznamenávala části rozhovorů, které mě nějakým způsobem oslovily a nápady, které se při poslechu vynořily. To bylo cenné později při dalších fázích.

V druhé fázi následovalo další přečtení a první kolo kódování pojmů. Kódy vždy obsahovaly určení respondenta a kategorii, do které byly přiřazeny. Pro lepší vizuální představu jsem pojmy rovnou zaznamenávala do první neuspořádané mapy, ve které měl každý respondent přiřazenou vlastní barvu a pojmy jsem následně seskupovala do předběžných kategorií, které vyplývaly ze struktury rozhovoru. Oblasti, na které jsem se ptala, se staly těmi nejzákladnějšími kategoriemi. Obrázek č. 2 ilustruje vzniklou neuspořádanou mapu, již doplněnou šipkami a poznámkami vyjadřujícími předpokládané vztahy mezi pojmy.



Obr. č. 2 – Neuspořádaná mapa

Následně jsem přeepsané rozhovory opět pročetla, odpovědi respondentů reflektovala (viz tabulka č. 25) a zároveň jsem si pro sebe pojmenovávala předběžná témata. Při generování předběžných témat jsem vycházela nejprve z daných kategorií, ke kterým jsem si poznamenala otázky, které mě v souvislosti s kategoriemi a jejich obsahem napadaly.

**Tabulka č. 25 - Hlavní kategorie a dotazování se nad daty**

Hlavní kategorie	Dotazování se nad daty
Zkušenost se supervizí – různé kontexty	Jsou patrná specifika supervize nemocničních kaplanů z odpovědí respondentů popisujících zkušenosti ze supervizí z jiných kontextů?
	Reflektují respondenti typické znaky odlišující supervizi nemocničních kaplanů od jiných uváděných kontextů?
Témata/oblasti přinášené do supervize nemocničních kaplanů	Jaká jsou nejčastější témata specifická pro supervizi nemocničních kaplanů?
	Čeho se daná témata týkají s k čemu se vztahují?
	Co nebo kdo připisuje tématům přívlastek „duchovní“ a z jakého rámce?
Osoba supervizora	Jaké jsou specifické nároky na supervizora nemocničních kaplanů?
	Lze „vymodelovat“ ideálního supervizora pro nemocniční kaplany?
Porozumění pojmosloví	Je pro supervizora „zvenku“ možné pochopit plně významy specifických pojmů, které jsou v nemocničním kaplanství a tudíž v jeho supervizi používány?
	Do jaké míry je to možné?

V další fázi jsem si rozhovory opět přečetla a na základě reflexivního dotazování a přemýšlení jsem znova předběžná témata přeskupovala, přejmenovávala a znovu revidovala a doplňovala.

Proces dále pokračoval opětovným procházením témat a podtémat a vybíráním výňatků k prezentaci, což zahrnovalo opětovné čtení zapsaných rozhovorů. Ke každému tématu a podtématu jsem si přiřadila vybrané výňatky odpovědí respondentů, a postupně tak byla vytvářena prvotní osnova příběhu.

Fáze 3-5 v procesu analýzy charakterizoval pohyb „tam a zpět“, nejlépe by tento pohyb vyjadřovala metafora spirály, kdy jsem se několikrát vracela do fází předchozích a opět se vracela k rozhovorům, tématům a podtématům a opakovaně jsem je přejmenovávala, přeskupovala, přiřazovala jsem k nim výňatky s tím, že vždy jsem byla o něco blíže prvotní osnově příběhu.



Při tomto reflexivně-analytickém procesu jsem došla k následujícím tématům a podtématům, která jsou zaznamenané v tabulce č. 5. V návaznosti na toto rozčlenění pak prezentuji výsledky uvedené v následujících kapitolách.

**Tabulka č. 26 - Kategorie, témata / podtémata**

Kategorie	Téma/podtéma
<i>Supervizní proces – odlišné světy</i>	<b>Univerzální styl práce</b>
	<b>Specifika pracovního prostředí</b> Napětí jinakosti v týmu Specifičnost postavení kaplana Narážení v multidisciplinárním týmu Nejasné hranice role nemocničního kaplana Kulhající kontrakt
	<b>Jazyk</b> Nepochopení Výhody porozumění Supervizor-překladatel Supervizor – cizí jazyk a co s tím?
	<b>Odlišná témata, obsahy</b> Témata zrcadlící náplň práce a poslání nemocničního kaplana Duchovní témata
<i>Lepší supervizor kaplan nebo "zvenku"?</i>	<b>Supervizor kaplan</b> Zajiskření Spolu na stejný lodi Nevím, zda je to výhoda
	<b>Supervizor zvenku</b> Jiný pohled Dobrá zkušenost Možné nepochopení
<i>Požadavky na ideálního supervizora pro nemocniční kaplany</i>	<b>Vhled do prostředí a role nemocničního kaplana</b> <b>Profesionál, který si je vědom spirituálních potřeb lidí</b>

Témata a podtémata jsem generalizovala a seřadila dle svého předporozumění tak, jak spolu vzájemně souvisejí v návaznosti na výzkumnou otázku, v níž se ptám po specifických supervize nemocničních kaplanů v České republice.

## 9. 6. Výsledky druhé fáze výzkumu – kvalitativní části

Hledání specifík není možné, aniž by bylo zmíněno to společné, to, co drží, spojuje, dává rámeček a dělá supervizi supervizi. Respondent 3 (R3) to vyjadřuje takto: „*supervize je řemeslo, které se nemění, zůstává stejné. To, co je možné jiné je kontext a to, co s tím souvisí.*“ Cílem této fáze výzkumu bylo najít skrze zkušenosti supervizorů poskytujících supervize v různých kontextech a nemocničních kaplanů, kteří supervizi přijímají někdy také v různých kontextech, určitá specifika, která se vážou konkrétně na supervizi nemocničních kaplanů. Kromě toho bylo cílem prozkoumat, zda tato specifika kladou specifické nároky na osobu supervizora. Tématy ovšem nejsou jen specifika, ale také to, co je společné, to, co dává rámeček, tvar a strukturu superviznímu procesu, v kterém až poté lze hledat specifika, která se vážou na určitou skupinu a prostředí supervidovaných. Vycházím ze zkušeností z různých kontextů přijímané i poskytované supervize respondentů tak, jak ji respondenti vnímají, a jak ji zažívají a zrcadlí ve svých výpovědích. Na základě analýzy jsem konstruovala následující témata, která současně podrobněji představím.

### 9. 6. 1. Univerzální styl supervizní práce

Výpovědi respondentů ukazují, že supervize je služba či řemeslo s určitými pravidly, zákonitostmi, formou a stylem, který se nemění. Je stejná ve všech kontextech, ve kterých se s ní respondenti setkávají. Cílem supervize je napomoci supervidovaným k reflexi vlastní praxe; je rovněž něčím konzistentním, a to bez ohledu na kontext, osobu supervizora či na osobu supervidovaných.

*„stejná v tom základním zaměření, že jde o vedení k sebereflexi, učit se nějak zacházet tomu nejbližšímu nástroji sebe sama“ – R1*

*„zaměření a ten základní aspekt tý supervize je společný pak tam ty funkce supervize defakto se taky překrývají, tam taky se sdílejí v té formě, v tomhle tom tam nejsou jiný“ – R2*

Respondenti z řad supervizorů se shodli, že jejich styl práce je stejný bez ohledu na skupinu a kontext, ve kterém supervizi poskytují.

*„já s nimi pracuji stejně jako s jinými skupinami“ – R3*

*„Ale jinak jsem po tý formální stránce jsem nikdy do toho nic dalšího jiného nevnášel, po formální stránce je to stejný“ – R1*

Supervize poskytovaná nemocničním kaplanům má stejné formální náležitosti, zaměření a cíl jako supervize v ostatních kontextech, se kterými mají respondenti zažitou zkušenost.

## 9. 6. 2. Specifika pracovního prostředí

První téma, kterého se respondenti dotýkali v souvislosti se specifiky supervize nemocničních kaplanů, se týkalo odlišného prostředí, ve kterém nemocniční kaplani pracují, což se následně promítá do supervizního procesu.

### **a) Napětí jinakosti v týmu?**

Jak uvedli respondenti z řad nemocničních kaplanů, specifická náplň práce, poslání a role nemocničního kaplana uprostřed multidisciplinárního týmu složeného především ze zdravotníků, staví kaplana do pozice toho, kdo je díky svému poslání, zaměření a světonázoru pokládán za „podivína“

*„často se to děje, my jako kaplani jsme mezi zdravotníky, lidi, kteří jsou nevěřící a jdeme tam s tím naším věřícím názorem a oni se na nás dívají na takové podiviny, že, a teď my nevíme proč, a jsme na ně nazlobení, proč oni nás takhle vnímají“ – R5*

Jsou tedy pokládáni za někoho, kdo je „jiný“ z důvodu svého zaměření na spirituální část lidské bytosti, což není zdravotnickým personálem bráno za důležité, jelikož oni se zaměřují na úzce vymezené uzdravení fyzického problému.

*„Oni se taky cítí jako někdo jinej, že se zajímají o toho celého člověka, o tu jeho duši, a ne tolik o to tělo, kdežto tím, jak lékaři jsou školeni v odbornosti na tělo a mnozí vidí člověka jako rozumný stroj.“ – R3*

### **b) Specifičnost postavení kaplana**

Respondenti rovněž uváděli specifičnost postavení nemocničního kaplana v prostředí nemocnice, která se chápe jako instituce zaměřující se na fyzické uzdravení bez prostoru zajímat se o člověka jako takového. Nemocniční kaplan do tohoto systému nezapadá svým posláním ani celkovým zaměřením své služby, zájem věnovat se člověku, trávit s ním čas, pomoci mu, podpořit ho a být s ním v těžkých chvílích jeho života či odcházení.

*„jedinej člověk v systému, který může u toho člověka posedět, vzít ho za ruku doprovodit ho až do konce a vnímat, co ten člověk chce“ – R3*

*„je to nesmírně těžká pozice, těžká náplní, protože skutečně je to velmi často provázení na poslední cestě.. těžká v tom o čem jsme mluvili, že ten kontext je moc nepřijímá, těžká v tom, že jsou průkopníci“ – R2*

### **c) Narážení v multidisciplinárním týmu**

Toto narážení, nepochopení, postavení „mimo systém“, vyvolává mezi nemocničními kaplany a ostatním personálem napětí. Respondenti uváděli, že způsobené napětí vede k neochotě spolupracovat, ke komunikačním problémům na pracovišti a k celkovému pnutí mezi zdravotnickým personálem a kaplany.

*„neochota personálu spolupracovat je velká a nepochopení taky“ – R1*

*„osobní problémy, které jsou součástí vztahových propletenců v týmu se zdravotníky a s tím spojené napětí, nebo jak to mám říct, v těch pracovních situacích“ – R2*

*„no je to odlišný, protože je to odlišný prostředí, odlišný světy, protože ten pracovník, kaplan je v nemocnici, ve zdravotnictví je v mnoha vztazích a narážejí na sebe“ – R2*

### **d) Nejasné hranice role nemocničního kaplana**

Mnohé třecí plochy a komunikační problémy mezi zdravotnickým personálem a nemocničním kaplanem umocňuje také nedostatečně vymezená role nemocničního kaplana. Respondenti uváděli množství příkladů, kdy je neusazenost jejich role a nejasné hranice

přivádějí do situací, kde nevědí, jak dále postupovat, natož jak s ostatním personálem spolupracovat.

*„nakolik můžu například sdělovat věci o pacientovi, když nemůžu – když někdo volá, že chce mluvit se zemřelým pacientem, jak postupovat, když to není přímý příbuzný, on umřel, já to nesmím říct, ale on chce s ním mluvit, jak to udělat“ – R5*

*„člověk se dostane do situace co říct a neříct pacientovi a jak, někdy jsme postavení do role, pacient neví, že umírá, ale cítí to, rodina nechce, aby pacientovi se to řeklo, a já jsem mezi tím, poslaná jako kaplan a musím se pohybovat mezi pacientem, příbuzným a lékařem, no a v tu chvíli mi pacient sdělí, že se cítí slabý, že z něj odchází síla“ – R6*

Nedostatečně vymezená role nemocničního kaplana vede k pochybnostem nemocničního kaplana týkající se náplně jeho práce. Respondenti uváděli často nejasné hranice mezi „udělal jsem málo“, „udělal jsem dost“, „přehnal jsem to“, a taktéž mezi rolí faráře a doprovázejícího.

*„vyhovět duchovním potřebám v těch jeho posledních okamžicích to jako nemocniční kaplani jsme to asi přehnali. asi jsme překročili hodně našich hranic, je v tom nejistota no“ – R5*

*„je mou povinností toho člověka přesvědčit na víru anebo jsem udělal dost, když jsem s ním byl“ – R6*

*„kam až mohu jít, jak mám nabídnout vlastně potěchu duše, která by přesahovala jen to lidské“ – R3*

*„kde je ta hranice toho doprovázení a služby farářské“ – R3*

#### **e) Kulhající kontrakt**

Specifikum, které se váže k uzavírání supervizní smlouvy, přinesl jako téma pouze jeden respondent z řad supervizorů, avšak vnímám jako důležité věnovat se i tomuto tématu.

Supervizní kontrakt je třístranná smlouva mezi supervizorem – poskytovatelem, zadavatelem a supervidovanými. Toto respondent udává jako závažné téma ovlivňující možnost kontinuální funkční supervize, která by měla přesah do celé organizace. To v případě supervize nemocničních kaplanů bývá problémem. Ne vždy je jasné, kdo zastupuje třetí stranu-zadavatele – církve, nemocnice či vedoucí týmu nemocničních kaplanů.

*„že supervize musí mít tři nohy – jasnej kontrakt supervizor, supervidovanej a zadavatel ...to je složitý téma, ale na místě, a pro to nemocniční prostředí je to problém, kdo je zadavatel, jak tam pracovat s tou třetí nohou..jak to nastavení je pitomý těch nemocničních kaplanů, tak tohleto by asi byla věc, která na mnoha jiných místech nebyla tématem..u nemocničních kaplanů je to specifikum a je to pro tu supervizi problém“ – R1*

Specifičnost prostředí, ve kterém se nemocniční kaplan pohybuje, je daná střetem dvou světů – světem zdravotnictví a světem církve, světem zdůrazňujícím fyzické uzdravení a světem spirituálního přesahu. Tato specifičnost je mnohdy umocněna komunikační bariérou a mnohdy neochotou spolupracovat, někdy taktéž nejasným vymezením hranic role samotných nemocničních kaplanů. Trojstranný supervizní kontrakt může být pro supervizora problémem nakontraktovat z důvodu systémového (ne)začlenění nemocničních kaplanů do hierarchie nemocnic, protože třetí strana-zadavatel není vždy jasně určena.

### 9. 6. 3. Jazyk

Jako další téma týkající se specifika supervize nemocničních kaplanů byl hojně zmiňován jazyk, nebo spíše terminologie / pojmosloví. Již v rámci rozhovorů se vyskytovaly specifické pojmy, aniž by si to mnozí respondenti nějak více uvědomovali.

#### **a) Nepochopení**

Terminologie jako zdroj nepochopení v rámci multidisciplinárního týmu se v rozhovorech objevovala téměř u všech účastníků výzkumu a vyvolával očividnou frustraci.

*„oni nám prostě někdy nerozumí“ – R5*

*„musíme pro ně překládat a vysvětlovat, jak to vlastně myslíme“ – R6*

*„potom se tam se to setkává s takovým nepochopením, když mám pracovat s tím zdravotním a tak, tak to se často řeší na supervizi, proč tak na mě reagovali a proč mě nerozumí, když něco říkám a proč co dělám“ – R5*

### **b) Výhody porozumění**

Rozumět však pojmosloví či celému diskursu má své výhody, protože supervize díky pojmovému porozumění nabírá hlubší úrovně. Supervize tak může vést k hlubší reflexi, či sebereflexi, a tudíž významnějšímu uvědomění a následné změně.

*„dalo říct, že to vliv mělo, protože já jsem odborně farářsky věděl o čem ta paní mluví, co to s ní asi může dělat a co je potřeba, aby zaznělo“ – R2*

*„bylo důležité pro tu chvíli, že jsem rozuměl“ – R1*

### **c) Supervizor – překladatel**

O pochopení diskursu v kontrastu s pouhým porozuměním na lingvistické úrovni jazyka mluví respondentka (R3), která užívá metaforu překladatele.

*„terminologie je jiná,, ani profesní překladatel, pokud si nenaštuduje terminologii duchovní oblasti, tak prostě je to přeloženo jaksi úplně to ztratí význam. Jakože supervizor – překladatel – může být supervizor profesionál, ale... víte? I profesní překladatel překládá určitou oblast a vlastně dopředu se na to konkrétně nepřipraví a můj otazník je, když se připraví, jestli je schopen to plně pochopit? Protože to má specifická spojení, propojení, je to prostě jiné, když to překládá ten člověk, který v tom žije, nebo má zkušenost, nebo se zajímá aspoň než ten, který je úplně zvenku, přestože se na to připraví“ – R6*

### **d) Supervizor – cizí jazyk a co s tím?**

Terminologii respondenti zmiňovali převážně v souvislosti s osobou supervizora. Supervizor by měl rozumět, respektovat a umět se doptávat, když nerozumí.

*„trošku tam ta hantýrka se tam objeví a je důležitý, aby ten supervizor rozuměl, respektovat a případně s uměl ptát“ – R1*

*„to specifický, je to vlastně pojmosloví jenom, není to odlišný od reality...nevěřící supervizoři ty pojmy prostě neznaj, tak se s tím musej seznámit“ – R2*

Respondent skrze metaforu překladatele trefně vyjadřuje rozdíl mezi pochopením slov a hlubším porozuměním významu slov v síti jiných významů. Terminologie se dá naučit, na význam pojmu se lze doptat, avšak zůstává otázkou, zda člověk neznalý dokáže plně porozumět některým pojmům a významům za nimi stojícími. Otázkou je také to, zda je takové porozumění pro vedení supervizního procesu nezbytné anebo je to „pouze“ obrovskou výhodou jak pro supervizora, tak pro supervidované nemocniční kaplany a pro samotný supervizní proces.

#### 9. 6. 4. Témata / obsahy

Respondenti uváděli, že styl, forma, zaměření a cíl supervizní práce se nemění a zůstávají stejné, a všichni se též shodli na tom, že specifická jsou hlavně témata, která jsou brána do supervizního procesu. Tato skutečnost je důsledkem jedinečnosti role a poslání nemocničního kaplana, která je spojena s určitými hodnotami a nároky na osobu nemocničního kaplana.

*„A samozřejmě se to liší obsahy, resp. tím, s čím ti lidi přicházejí, s čím se potýkají, což souvisí z odlišnosti těch rolí a s odlišnými, ať už s hodnotama, parametrama, nárokama těch jednotlivých profesí. Tam ty rozdíly samozřejmě jsou“ – R1*

##### **a) Témata zrcadlící náplň práce a poslání nemocničního kaplana**

Témata, se kterými nemocniční kaplani vstupují do supervizního procesu (většinou případová forma supervize), se týkají jejich intervencí u pacienta, a vychází z pracovní náplně nemocničního kaplana: ošetřovat a pečovat o spirituální část pacienta.

*„probíráme i spirituální potřeby pacientů, to tam přichází hodně často, protože kvůli tomu to je vlastně věc, se kterou tam já přicházím konkrétně potřebuj vzít do supervize“ – R4*



*„si tam chodím řešit věci ryze kaplanský, převážně intervence u pacienta, který má svý spirituální potřeby“ – R5*

*„je tam cíl, s kterým je za tím...uvědomují si to, ale povedlo se, pokud ten člověk opravdu odešel k Bohu“ – R3*

#### **b) „Duchovní“ témata**

Dále se vyskytují taková témata, která jsou často označována jako „duchovní“.

*„supervize nemocničních kaplanů defakto duchovních, není možný se těm specificky duchovním tématům vyhnout“ – R2*

Za duchovní témata jsou označována taková témata, která se buď týkají vztahu člověka k církvi či postoje k náboženství, popř. řešení víry v Boha či víry v transcendentno.

*„v souvislosti s vírou a náboženstvím, s náboženstvími je člověk jako individuum každá sféra, do které vstupujeme se svým životem nabízí určité klady krásy a určitá nebezpečí a pasti a na v té oblasti náboženství a víry.... přináší s sebou ty pasti, které vytváří víra, náboženství, tam vstupujeme na křehký led, a to je specifické, protože to souvisí s vírou“ – R2*

Duchovními tématy jsou označována také ta témata, se kterými se lze setkat i v jiných supervizních kontextech pomáhajících profesí. Označením „duchovní“ poukazují spíše na hodnoty, na teologický rámec či na diskurs, které za daným tématem stojí, i to jak se k danému tématu nemocniční kaplani vztahují.

*„supervize se z větší části týká jeho doprovázení, takže duchovním tématům Jak unést to utrpení, jak se srovnat se smrtí nebo jak si srovnat svůj vlastní život ve vztahu ke konfliktům a jak se smířit no a tak dále až k těm specifickým, když se tam objeví někde otázky ke vztahu k bohu nebo k církvi nebo tak“ – R1*

*„jak právě jako zdravě i s těmi duchovními věcmi zacházet ve vztahu k tomu onemocnění nebo k tomu, co ten pacient prožívá. Každé onemocnění nese něco jiného – psychiatrické, před akutní operací, poúrazové, protože tam se s tím duchovním míchají úzkosti, neodpuštění, odpuštění, přijetí, nepřijetí a kolikrát zkušenost lidská to potom tak to potom háže obraz na Boha a potom taky na to duchovní prožívání. Takže bych řekla nemusí být, ale často jak kdyby to propojené je, protože v tom dýcháme, pohybujeme se, jsme, jak říká sv. Pavel“ – R6*

*„jedno z klíčových témat nemocničního kaplanství. – Práce s bezmocí.....řeknu příklad s tím tématem bezmoci – ten kaplan má prázdný ruce. Nemůže nic, samozřejmě může dát za určitých okolností napít, ale de facto nemůže nic a je konfrontované s bezmocí toho člověka... a co ten kaplan tam má dělat? Prostě nesmí odejít, jo.. a teď to vezmu, když jste se ptala na to specifický jo křesťanský...no do prkýnka jako s Kristem.. zůstat pod tím křížem a opravdu fakt nejenom v kostele na Velkej pátek..ale jde to tam na dřev“ – R1*

V tématech, přinášených do supervizního procesu, se odráží jednak svět nemocničních kaplanů, ale též hodnoty, teologické zakotvení, přináležení k dané denominaci, diskurs i zdravotnické prostředí, ve kterém nemocniční kaplani působí. Specifikum témat dlí v podstatě poslání nemocničního kaplana v prostředí nemocnice, v přístupu a ve „vztahování se“ k tématům, která jsou označována jako „duchovní“.

#### 9. 6. 5. Supervizor pro nemocniční kaplany – hledání ideálu

V průběhu rozhovorů se respondenti velice často dotýkali osoby supervizora. Diskuse ohledně supervizora pro nemocniční kaplany se rozdělila do dvou témat – zda je lepší, aby byl supervizor zároveň kaplanem či aby měl alespoň kaplanskou zkušenost, anebo zda je lepší, aby byl supervizor externí, popř. také nevěřící, tzv. „zvenku“ jak to nazvala respondentka R5.

### 9. 6. 5. 1. Supervizor kaplan

#### a) Zajiskření

Supervizor kaplan má výhodu vlastní zkušenosti s prací nemocničního kaplana v prostředí nemocnice, zná těžkosti a nejistoty, které nemocniční kaplan prožívá a rozumí na úrovni, kterou R1 nazval jako „zajiskření“

*„že stačila jedna věta, kdy jsem si otestoval, jestli vím a oni věděli, že vím a bylo to, fakt to bylo dobře a bylo to tím, že tu zkušenost mám, kdybych ji neměl, což se mi stávalo třeba v těch sociálních službách, že jsem se musel nějakým způsobem doptávat víc nebo tak, že jsem byl zvenku, tak tam tohleto **zajiskření** prostě nebylo no...nemyslím, že by bylo nemožný dělat supervizi pro člověka, kterej není kaplan, pro člověka, který není křesťan, ale rozhodně jo, ale to **zajiskření** tam není“ – R1*

*„právě proto, že se tam ty témata, to téma se objevovalo tolikrát, tak si myslím, že to bylo nějak důležitý, že jsem tam byl...jako ten supervizor taky zrovna kaplan a taky křesťan.“ – R2*

#### b) Spolu na stejný lodi

Metafora „spolu na stejný lodi“ také vystihuje míru sounáležitosti supervizora-kaplana, což s sebou přináší výhody, které supervizor bez vlastní zkušenosti s praxí nemocničního kaplana nemá. Skrze toto spojení může supervizní proces rychleji vést k hlubší reflexi / sebereflexi.

*„být zároveň kaplanem a supervizorem, má své výhody v tom smyslu, jak jsem to říkal, párkrát se mi stalo, že jsem viděl na sobě a vlastně i na těch lidech, že pomáhá, že víme, o čem mluvíme“ – R1*

*„že tohleto tam určitě hrálo roli, že tam jsme byli na stejné lodi, a to byl ten moment, kdy to byla ta supervize, kdy jsme ztichli a nějak prostě, se mluvit nemělo moc smysl, byli jsme tam tak jako nahý, ne v trní, ale pod křížem, jo“ – R1*

### c) Nevím, zda je to výhoda

Respondenti zároveň reflektovali fakt, že ani být „spolu na stejné lodi“ nemusí být výhodou, neviděli to jednoznačně. Supervizor-kaplan může ztrácet nadhled právě tím, že je velmi blízko kolegiálně i díky vlastní prožitě zkušenosti. Taková výhoda se lehce může stát nevýhodou. Záleží na supervizorovi a na jeho profesionalitě, jak bude s tímto aspektem pracovat.

*„nevidím jako jednoznačně, co je výhoda nebo nevýhoda“ – R4*

*„musel by být hodně silný v tom objektivismu a nadhledu, víte, takže nevím“ – R5*

*„má opravdu i nadhled nad tím prostorem a nad tou profesí, že to není jenom člověk obeznámený, ale že už má opravdu zkušenosti a může mít ten odstup, aby se nenechal utáhnout na udičku, která „no, jasně já vím..“ – R1*

## 9. 6. 5. 2. Supervizor zvenku

### a) Jiný pohled

Externí supervizor (supervizor „zvenku“) přináší jiný pohled, určitý nadhled, a umožňuje nemocničním kaplanům porozumět možným nedorozuměním v rámci multidisciplinárního týmu. Externí supervizor zároveň vidí a všímá si věcí rychleji právě díky tomu, že není svázán společnou zkušeností.

*„No, myslím si, že naše supervizorka je zvenku zvenku...zvenku kaplanské služby a zvenku katolicismu, ona nám to ukáže, svět takhle nefunguje, svět funguje trochu jinak..fakt nám to ukáže, jste asi menšina, která to tak myslí, normální člověk takto nepřemýšlí, a to hodně pomáhá se vrátit do reality“ – R5*

*„protože já jsem z jinýho prostředí, tak mě to brnko rychleji nebo rychleji, brnklo mi to nějak a jasně pro mě nějakéj podnět, že kdybych byl zevnitř tak možná postě nezachytím“ – R1*

### **b) Dobrá zkušenost**

Respondenti uváděli dobré zkušenosti se supervizí vedenou externím supervizorem.

*„není speciálně vlastně školenej na kaplany, on má supervizní výcvik a je to fajn“ – R5*

*„Nebyl nějak speciálně zaměřenej nebo vyškolenej na kaplany, díky zkušenostem a schopnostem to šlo“ – R1*

*„Říkal, že ten klad je právě to, že mám ten externí pohled“ – R3*

### **c) Možné nepochopení**

Externí supervizor „zvenku“ (R5) zároveň čelí možnému nepochopení, nepochopení z důvodu jiného světového názoru a neznalosti poslání nemocničního kaplana. Je pak na supervizorovi jak s tímto „omezením“ pracovat.

*„ale ten duchovní rozměr je tam dost důležitý teda, jo protože se potom s tím pracuje, jak má nějaké specifika probírat ten, kdo vlastně ani neví, co vlastně ty věci pro věřící znamenají, jak se s nimi zachází nebo s nějakými skutečnostmi, svátostmi, protože s tím se pak pracuje“ – R6*

*„dobrý supervizor, který se umí ptát... když nevím, tak se doptávám, ujišťuju“ – R3*

Ze získaných odpovědí nelze vyvodit, zda je pro supervizi nemocničních kaplanů lepší supervizor-kaplan nebo externí supervizor. Respondenti reflektovali jak výhody, tak nevýhody jednoho či/a druhého. Reflektován byl též nárok na supervizora – ať již na kaplana či na externího – na práci se svými limity a s udržováním profesionality. Tato nejednoznačnost v odpovědích respondentů byla inspirací k „vymodelování“ ideálního supervizora pro nemocniční kaplany.

### **9. 6. 5. 3. Supervizor ideál**

Při modelování ideálního supervizora pro nemocniční kaplany byli respondenti vyzváni, aby se „zasnili“ a zkusili popsat supervizora, o kterém by byli přesvědčeni, že by

odpovídal všem nárokům a požadavkům, které s sebou supervize nemocničních kaplanů nese. Z výpovědi jsem sestavila dva hlavní požadavky na ideálního supervizora pro nemocniční kaplany.

#### **a) Vhled do prostředí a role nemocničního kaplana**

Respondenti se shodli na tom, že supervizor-ideál nemusí být nutně nemocniční kaplan, avšak měl by mít vhléd do prostředí a do role nemocničního kaplana

*„má aspoň trošku vhléd do toho prostředí a do té role, ale nemusí to být nemocniční kaplan“ – R1*

*„měl by znát nemocniční prostředí trochu a měl by znát svět nemocničních kaplanů“ – R2*

*„znal prostředí nemocnice, nebo měl možnost ho poznat, protože to je svět ve světě“ – R5*

*„aby tu problematiku trochu chápal, protože asi od toho základu naslouchání, důvěry, nějakého schopnost nějakého jasného vhledu a schopnosti třeba některou tu věc, jak kdyby posunout a vytvořit podmínky, abychom hledali společně řešení a asi supervizor pro nemocniční kaplany, si myslím je potřeba do určité míry nejlépe, kdyby byl věřící, když ne úplně praktikující, tak aspoň otevřený, schopný ty věci chápat“ – R6*

#### **b) Profesionál, který si je vědom spirituálních potřeb lidí**

Respondenti se též shodli na tom, že ideální supervizor pro nemocniční kaplany nemusí být nutně věřící, avšak měl by si být vědom spirituálních potřeb člověka a počítat s duchovním rozměrem věcí a zároveň by měl být profesionálem se supervizním výcvikem.

*„profesionál, měl ten výcvik, i ten psychologický vhléd, ale ten duchovní rozměr je tam dost důležitý teda, jo protože se potom s tím pracuje“ K3*

*„hodně by pomohlo, pokud by měl přehled o tom, co je to kaplanství, jaká je kaplanská služba, že nemusí být náboženská, ale že odpovídá na spirituální potřeby toho pacienta, a aspoň by měl být srozuměnej, že spirituální potřeby ty lidi mají. Pokud by ten supervizor toto nepřijímal, tak v podstatě bychom se úplně mijeli. Tam by asi těžko pochopil smysl naší práce“ R4*

Požadavky na ideálního supervizora pro nemocniční kaplany se ale kromě uvedeného v mnohém shodovaly s požadavky na supervizora obecně, zahrnovaly např. umění naslouchat, umění ptát se, umění strukturovat, být otevřený, autentický a měl by „sednout lidsky“.

## 9. 7. Limity výzkumu

Jako první limit lze označit pole, ve kterém se výzkum odehrával. Z důvodu malé cílové skupiny byl velký problém najít ochotné participanty pro kvalitativní část výzkumu formou hloubkových rozhovorů. V takto malé cílové skupině se navzájem lidé znají natolik, že hrozí ztráta anonymity. Obava z ohrožení anonymity se projevila celkovou neochotou nemocničních kaplanů participace na výzkumu.

Druhým limitem byla snaha zachytit co možná nejširší diverzitu v kvalitativní části výzkumu formou záměrného výběru výzkumného vzorku. Tento požadavek byl sice pro kvalitativní část výzkumu významný, avšak bylo velice náročné jej naplnit, i proto, že já sama jsem nemohla vyvinout větší důslednost, agilitu a aktivitu při hledání potřebných kontaktů, protože se ve zkoumaném poli již dva roky pohybují jako supervizor jednoho týmu nemocničních kaplanů a některé kaplany považují za své známé. Z tohoto důvodu tito kaplani, přestože by byli ochotni se podílet na hloubkových rozhovorech, nemohli být osloveni.

## 9. 8. Sebereflexe výzkumníka

Do výzkumu jsem vstupovala jako pacient s chronickou nemocí, znalý nemocničního prostředí již od dob, kam mi sahá paměť. Zkušenost s nemocnicí a s jednáním s pacienty z pozice moci, přes pozvolný přerod přístupu k pacientovi jakožto partnerovi, až ke snaze o holistický přístup, nebyla vždy příjemná. Zároveň jsem z rodiny zdravotních pracovníků,

kteří v nemocnici pracovali na různých pozicích. Do výzkumu jsem též vstupovala jako věřící křesťanka s dlouhodobou pastorační praxí, nejprve v rámci malé lokální církve, přes zkušenost s pastoračním poradenstvím na různých křesťanských akcích, až po pastorační a křesťanské poradenství v rámci poradenského centra. Rovněž jsem do výzkumu vstupovala jako supervizorka týmu nemocničních kaplanů a též jako kamarádka některých z nich (ti se do kvalitativní části výzkumu nezapojili). Tato kombinace faktů měla dopad na způsob, jak jsem o tématu smýšlela, jak jsem na něj nahlížela a jak jsem ho reflektovala již v přípravné fázi. Byla jak výhodou, tak nevýhodou i možným omezením, které ovlivnilo nejen celkový ráz výzkumu, ale též charakter celé diplomové práce. Výhody, které tato trojkombinace přinášela, spočívaly ve znalosti a zkušenosti (v různé intenzitě) všech kontextů: 1. nemocnice a komplikovaných vnitřních vztahů, včetně organizační struktury, způsobu přemýšlení, zdravotnických pracovníků a jejich žargonu; 2. pastorační péče, jejich nástrah a případných nevyjasněných hranic a různosti týkající se převážně denominačního či teologického kontextu jednak pastoračního pracovníka a jednak pastoranda; 3. nemocničních kaplanů a supervize, kdy jakožto studentka supervize vedu již rok a půl supervizi týmu nemocničních kaplanů a setkávám se s tématy, která nemocniční kaplany tlačí. Nevýhody a omezení pramení z úplně stejného zdroje – ze znalosti a zkušenosti prostředí zmíněných kontextů. Moje zkušenosti mi tak byly pomocí, ale i limitem, na který jsem v průběhu výzkumu narážela.

Během celého výzkumu jsem se snažila neustále konzultovat klíčové okamžiky a reflektovat proces a svoji pozici vůči dané fázi výzkumu. V průběhu výzkumu jsem se přistihla při zklamání a nepříjemném překvapení, když se nepotvrdila hypotéza, že křesťanská víra je jedním z nejdůležitějších požadavků na supervizora nemocničních kaplanů. U tohoto momentu jsem se musela zastavit a reflektovat svoje pocity a jejich zdroj. Rozhodla jsem se, že tento fakt ověřím ještě v následující fázi výzkumu, dala jsem si však čas, abych byla schopna vnitřně opustit svoji hypotézu a abych byla schopna vést rozhovor nezatíženě, neptat se manipulativně a abych byla otevřena jakémukoliv výsledku. Dalším momentem, který mě v procesu zastavil, a který jsem musela více a důkladněji reflektovat, bylo zklamání z nedostatku ochotných nemocničních kaplanů jednak vyplnit jednoduchý krátký dotazník, a jednak odpovídat na otázky v rozhovoru. Podle toho, jak jsem nemocniční kaplany znala, jsem si byla jistá, že budou ochotní ke spolupráci a pomoci, nereflektovala jsem však jejich vytížení a časovou náročnost jejich poslání. Mnohdy působí v několika paralelních zaměstnáních a negativní dopad mohlo mít i potenciální ohrožení anonymity



z důvodu typu „všichni znají všechny“. Rovněž jsem si až v průběhu výzkumu uvědomila, jak moc obtížné je na některé otázky odpovídat a rozprávět se, když jsou respondenti vázáni zachováním tajemství, mlčenlivostí. Tato reflexe mě vedla k delšímu úvodnímu vyjednávání i mimo audio-záznam před samotným vedením rozhovoru. Jednou se mi stalo, že jsem byla požádána, abych danou informaci v rámci výzkumu nevedla. Musela jsem toto přání respektovat. Rovněž jsem u sebe reflektovala pocit vděčnosti za nemocniční kaplany, kteří jsou pacientovi poblíž mnohdy ve chvílích, kdy mu je nejhůř, když řeší existencionální úzkosti či potřebují člověka, který by jim naslouchal. V průběhu rozhovorů jsem měla to požehnání nahlédnout do nelehkého poslání a mnohých nejistot nemocničních kaplanů a víc, než kdykoliv předtím jsem se setkala s moudrými muži a ženami, kteří jsou ochotni zůstat s umírajícím až do konce, a bez tlaku na uzdravení za každou cenu.

## 9. 9. Diskuse

V rámci výzkumu byla generována tři hlavní specifika, která se promítají do supervize nemocničních kaplanů, a to:

- Pracovní prostředí nemocničního kaplana a role nemocničního kaplana
- Témata / obsahy, která nemocniční kaplan přináší do supervize
- Jazyk, který odráží specifické pojmosloví a diskurs

Tato specifika nestojí sama o sobě, jsou vzájemně propletena, kdy jedno na druhé navazuje a vzájemně se ovlivňují. Společně pak vytváří jednak specifické nároky na supervizní proces a posléze i na osobu supervizora.

Pracovním prostředím nemocničního kaplana je nemocnice. Nemocniční kaplan jakožto duchovní či laik s teologickým vzděláním pracuje v rámci zdravotnictví jako nezdravotnický personál starající se o spirituální potřeby pacientů. V rámci konference Církev a stát (2019), která byla pořádána právníkou fakultou Masarykovy univerzity, zaznělo „*Nemocniční kaplan je v evropském tedy i českém prostředí stále častěji chápán jako potřebná součást multidisciplinárního týmu a celostní péče o pacienta (i jeho okolí), jako nelékařská a nezdravotnická profese, je specializovaným pracovníkem v oblasti zdravotnictví.*“ (Benák et al., 2019). Výzkum však ukázal, že nemocniční kaplani se v rámci multidisciplinárního týmu cítí jako „podivíni“ nebo se cítí nepochopení a spolupráce v rámci týmu mnohdy nefunguje. Důvodem by mohlo být stále ne vždy fungující holistický přístup k pacientovi v našem zdravotnictví. Kalvínská o tomto psala ve svém článku již v roce 2008

„v našich nemocnicích se zdravotníci teprve začínají seznamovat s faktem, že při péči o pacienta je třeba ošetřovat nejen jeho biologické, psychologické, sociální, ale i spirituální potřeby“ (Kalvínská, 2008), avšak podle výzkumu se toho od roku 2008 moc nezměnilo. Nemocniční kaplani – duchovní či laici s teologickým vzděláním – se zaměřují na spirituální potřeby pacientů a s nimi přichází jiný svět, jak to navzal Holst, který píše „kaplané kráčí mezi dvěma světy: náboženstvím a zdravotnictvím. Dáme-li tomuto sdělení více politický jazyk: mezi dvěma monolitickými strukturami: církví a nemocnicí.“ (Holst, 1992) Jak ukázal výzkum, právě toto vytváří napětí a nepochopení mezi nemocničními kaplany a členy multidisciplinárního týmu. To pak ovlivňuje případnou spolupráci či mnohdy spíš nespolečnou práci na pracovišti. K celkové spolupráci nepřispívá ani nevyjasněnost role a náplně práce nemocničního kaplana. To se pak také zrcadlí v supervizním procesu. Nedávno podepsaná Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví, popsala smysl činnosti nemocničního kaplana v LZZ jako: „být důvěryhodným i důvěrným partnerem pacientů, zdravotnických pracovníků, případně i návštěvníků při řešení osobních, existenciálních, duchovních, etických a morálních otázek a potřeb. Práci kaplana v LZZ nemá být dotčena jeho služba či postavení v církvi, řeholním řádu nebo podobném sdružení“ (Katolická asociace nemocničních kaplanů v ČR, 2020), avšak bližší vymezení pozice nemocničních kaplanů chybí, nacházíme pouze obecné nařízení, které obsahuje pozici kaplan. (Vládní nařízení č. 222/2010 Sb., 2010). To pak s sebou nese mnohé nejistoty, se kterými se nemocniční kaplani potýkají nejen v rámci multidisciplinárního týmu, ale též v rámci vlastní nejistoty ohledně hranic svého poslání. Beláňová ve svém článku Být kaplanem v Česku: zdroje nejistoty a nacházení podpory (2018) píše „kaplanství je role, jež je ze své podstaty nejen náročná, ale zároveň produkující řadu nejistot. Tyto nejistoty obecně vzato vyplývají z konfrontace role náboženského profesionála, disponujícího „zvláštní jinakostí“ [...] a sekulární silně profesionalizované instituce, ve které je přítomnost náboženství nesamozřejmá, ba dokonce nežádoucí“ Toto můžeme popsat jako střet dvou kultur – kultury zdravotnictví a kultury církve. Rozdíly mezi střetávajícími se kulturami nelze překonat přesnějším vymezením, ale postupným přijetím a porozuměním, ke kterému může napomoci právě profesionálně vedená supervize.

Témata, se kterými nemocniční kaplani přicházejí, zrcadlí konflikty vyvolané nepochopením a napětím v multidisciplinárním týmu, konflikty pramenící z podstaty poslání nemocničního kaplana a zdravotnického zařízení. V tématech se rovněž zrcadlí svět církve, který s sebou nese teologicko-hodnotový systém, specifický jazyk a diskurs, což se

projevuje na těch tématech, která jsou definována jako „duchovní“. Ve výzkumu se však ukazuje, že tato témata, ač neodkazují přímo na téma, které by bylo duchovní svou podstatou, ale spíše na témata, ke kterým se nemocniční kaplan jako k duchovnímu vztahuje v návaznosti na svůj teologicko-hodnotový systém. To v rámci supervizního procesu vede k reflexi, která zahrnuje kontext filozofického či významového systému, který předem existuje a ke kterému se nemocniční kaplan vztahuje jakožto svému světonázorovému rámci. Carroll (2014) se ve své knize *Effective Supervision for the Helping Professions* podrobně věnuje reflexi v rámci supervizního procesu a tuto úroveň reflexe nazval „*transcendentální reflexe*“, kdy „*tento reflektivní přístup vidí „přes“ – k tomu, co tvoří, a dává životu smysl*“. Ehrlichová (2015) ve svém článku *Teologická reflexe v supervizi pastorační práce* popisuje svoji představu supervize, „*kteřá umožňuje ve své reflexi rozpoznat, využít a vyjádřit teologicky významné podněty, které následně mohou ovlivnit vlastní pastorační činnost supervidovaných*“, kdy vidí rozdíl v cíli mezi supervizí, ve které není zdůrazněna teologická reflexe, jejíž „*cílem supervize je stávání se sama sebou*“ a supervizí, ve které „*supervizní práce není vyjádřena pouze v komunikaci člověka s člověkem, ale zahrnutím Boha do pracovního vztahu a snahou dívat se na projednávané skutečnosti i z jeho perspektivy. Cíl takové supervize charakterizuje Baumgartner jako stávání se subjektem v Božích očích.*“, tudíž ta supervize, která je teologické reflexi otevřena a počítá s ní. To pak klade specifické nároky na osobu supervizora ve smyslu vlastní schopnosti teologické reflexe a vlastní zkušenost zažívané víry, jak dále píše Ehrlichová. Supervizi pastorační práce pak více vysvětluje Anglická Asociace supervizorů a vzdělavatelů v pastorační práci (APSE), která vnímá „*specifikum supervize pastorační práce v teologickém bohatství dívající se na práci a svět supervidovaného s teologickým a duchovním porozuměním.*“ (<https://www.pastoralsupervision.org.uk>) Zdá se však, že ani jedna navrhovaná forma supervize není pro nemocniční kaplany ideální z důvodu opomíjení kontextu zdravotnictví, ve kterém nemocniční kaplani pracují. Nabízí se tak možnost syntézy univerzálního stylu supervizní práce a navrhovaných forem supervizí, které s sebou přináší obohacení ve smyslu teologické reflexe a otevření se Božímu – transcendentnímu – působení nejen v práci supervidovaného s pacientem, ale též v rámci supervizního procesu. To je však hypotéza, k jejímuž potvrzení jsem v tomto výzkumu nenašla dost podkladů, takže ani z ní vyplývající nárok na osobu supervizora, která se s takovou supervizí pojí, s výsledky výzkumu nesouzní.

Respondenti při dotazu po nárocích na ideálního supervizora nemocničních kaplanů uvedli pouze dva základní speciální požadavky (mimo těch, které se vážou k obecným charakteristikám supervizora v pomáhajících pracích):

- Vhled do prostředí a role nemocničního kaplana
- Vědomí spirituálních potřeb člověka a duchovního rozměru věcí

Výzkum zároveň ukázal, že i supervizor, který není znalý prostředí a role nemocničního kaplana, je schopen dobře vést supervizní proces, musí však v rámci své profesionality umět s tímto limitem pracovat. Avšak výzkum neukázal, zda by supervizor, který by si nebyl vědom či popíral spirituální potřeby člověka, byl schopen porozumět podstatě služby nemocničního kaplana, a tudíž také mnohým tématům, která se v rámci supervizního procesu objevují.

Specifikum jazyka či pojmosloví, které nemocniční kaplani užívají a s tím související diskurs, je dalším tématem, které se objevilo v rámci výzkumu. Jazyk je vnímán jako systém, vidíme jej z hlediska jeho součástí – podstaty (fonetické a grafické substance), formy (syntaxe) a významu (sémantiky) - a jejich vzájemného působení. *„Tento systém existuje pro jeden účel, a to je účel komunikace. Pokud má systém fungovat tak, aby umožňoval komunikaci, musí být zapojen do diskursu, do tvorby významu.“* Píše ve svém článku *Language as System to Language as Discourse*, Clancy. Definice diskursu, kterou dále ve svém článku zmiňuje zní: *„významy, které dáváme jazyku, a činnosti, které provádíme, když používáme jazyk v konkrétních kontextech.“*

Přihlédneme-li k jazyku nemocničních kaplanů, kdy slovo má význam jen v síti dalších významů – tj. v síti diskursu – lze tvrdit, že tato skutečnost – způsob jakým komunikují, může být zdrojem nedorozumění, a to jak v rámci multidisciplinárního týmu, tak v komunikaci s osobou supervizora. Výzkum ukázal, že diskurs je klíčový jak pro vyjadřování nemocničních kaplanů, tak pro jejich „vztahování se“ k tématům, která jsou označována za duchovní právě z pohledu významu a hodnot stojícími za daným tématem. Diskuse ohledně specifického jazyka a diskursu v rámci výzkumu se krom jednotlivých témat týkal také osoby supervizora, a právě jeho porozumění či neporozumění jazyku a diskursu. Výzkum však nepřišel s jednoznačnou odpovědí. I supervizor, který není znalý a plně jazyku kaplanů nerozumí, je schopen vést supervizní proces. Otázkou však je – jak zmiňuje jeden respondent – zda je schopen plně rozumět diskursu, v němž se kaplan a jeho myšlení pohybuje. Pokud je supervize *„odborná činnost, při níž supervizor podporuje, vede a posiluje pracovníka, skupinu nebo týmy v pomáhajících profesích k tomu, aby dosáhl(i)*

*určitých organizačních, profesionálních a osobních cílů*“ (Havrdová et al, 2008) je otázkou, zda je pro supervizora hlubší porozumění diskursu nutností nebo výhodou. Je totiž pravděpodobné, že hlubší pochopení a orientace v pojmech a v diskursu, stojícím za danými pojmy užívanými v rámci supervizní reflexe, přináší u supervidovaného změnu na hlubší úrovni.

## 10. Závěr empirické části

Cílem diplomové práce bylo zmapovat situaci supervize poskytované nemocničním kaplanům v České republice, zkoumat zkušenosti ze supervize nemocničních kaplanů v rámci zažitého supervizního procesu a zaměřit se na fenomény, které by mohly být považovány za specifické v tomto typu supervize.

Za tímto účelem jsem zvolila design smíšeného výzkumu, který obsahoval dvě fáze v sekvenční kombinaci quan-qual. V první fázi – kvantitativní – jsem se zaměřila na otázku „Jaká je situace supervize nemocničních kaplanů v České republice?“ a zkoumala jsem ji za pomoci dotazníku. Pokusila jsem se získat co nejvíce kontaktů na kaplany prostřednictvím jejich asociací, které také pomáhaly v jejich rozeslání. Přesná evidence kaplanů však neexistuje. Návržnost dotazníků v poměru k počtu rozeslaných kusů byla 26 %.

Ukázalo se, že supervize nemocničních kaplanů v České republice probíhá většinou v pravidelném intervalu 1x za 3 měsíce, a to skupinovou formou, na kterou je sepsána smlouva, o které většina respondentů ví, avšak ne všichni jsou si tím jisti. Nemocniční kaplani mají v drtivé většině teologické vzdělání a prošli výcvikem nemocničního kaplanství. Službu nemocničního kaplana má většina respondentů na částečný úvazek s tím, že na další částečný úvazek pracují v jiné organizaci. Oblastmi, které kaplani přinášejí jako témata do supervizního procesu, jsou především otázky kolem *role* nemocničního kaplana, *organizační záležitosti* a *vztahy* v nemocnici a otázky týkající se *praxe* (řešení sporných případů z praxe, či etické problémy spojené s praxí). Supervizor je ve většině případů věřící žena – externistka. Mezi nejdůležitější požadované vlastnosti supervizora patří profesionalita/odbornost a empatie. V rámci kvantitativního výzkumu byly ověřeny hypotézy, které se ukázaly jako platné.

Ve druhé fázi – kvalitativní – jsem zkoumala zkušenosti supervizorů a supervidovaných z oblasti supervize kaplanů, a jejími specifiky, pomocí hloubkových rozhovorů. Rozhovory jsem přepsala a zpracovala pomocí tematické analýzy.

Specifika, která vstupují do supervizního procesu a ovlivňují ho, zahrnovala pracovní prostředí nemocničního kaplana, neusazenost jeho role a vztahy na pracovišti (především v rámci multidisciplinárního týmu). K dalším tématům patří témata označovaná jako „duchovní“ a „vztahování se“ k těmto tématům nemocničním kaplanem v rámci jeho teologického zakotvení a hodnot. Posledním specifikem je jazyk, který odráží specifické pojmosloví a diskurs, v němž se kaplani pohybují v souvislosti s vírou v Boha a svou církevní denominací.

Osoba supervizora byla dále reflektována v kontextu výhod a nevýhod supervizora kaplana a supervizora „zvenku“, kdy samotní respondenti nebyli jasně přesvědčeni o tom, která varianta je lepší. Tento fakt vedl k modelování ideálu supervizora pro nemocniční kaplany, kdy byly generovány základní požadavky týkající se vzhledu do prostředí a do role nemocničního kaplana, vědomí a respektování spirituálních potřeb pacientů a supervizora jako profesionála se supervizním výcvikem.

Supervize v pastorační práci, která je u nás i v zahraničí poskytována pastoračním pracovníkům a nemocničním kaplanům, vykazuje mnohé shody se supervizí v pomáhajících profesích, přesto lze najít i některé rozdíly, a to zejména v důrazu na postavení kaplana v rámci multidisciplinárního týmu v prostředí dvou odlišných kultur-církve a zdravotnictví, a dále v důrazu na spirituální rozměr lidské existence, který je sice v rámci holistického přístupu k pacientovi v koncepcích zdravotnictví zdůrazněn, ale jeho realizace v praxi je uskutečňována často pomalu a obtížně. Role kaplanů je právě v tomto ohledu nezastupitelná a supervize je jimi vnímána jako velmi významný, byť zatím málo rozvinutý a dostupný zdroj jejich podpory. Věřím, že výsledky této diplomové práce umožní lépe pojmenovat a zvědomit zdroje napětí a nejasností, v nichž se kaplan v nemocnici i v supervizi nachází, a usnadnit tak budoucí supervizní práci.

## ZÁVĚR

Profesionální supervize uskutečňující se na základě trojstranného kontraktu speciálně vyškoleným supervizorem, je součástí zkvalitňování péče v pomáhajících profesích. Přestože supervize v pastorační práci, která je v zahraničí poskytována pastoračním pracovníkům a nemocničním kaplanům, vykazuje mnohé shody se supervizí v pomáhajících profesích, lze najít rozdíl v důrazu na její duchovní a teologické bohatství, což předpokládá vyšší nároky na supervizora v jeho schopnosti teologické reflexe i vlastní reflektované zkušenosti víry. Takový koncept supervize v pastorační práci není však v ČR vymezen ani zakotven. To vedlo k potřebě zmapovat situaci supervize poskytované nemocničním kaplanům v ČR a dotazovat se na to, zda poskytovaná supervize splňuje parametry profesionální supervize, což bylo zjišťováno dotazníkovým šetřením v první fázi výzkumu. Supervize poskytovaná nemocničním kaplanům by měla zrcadlit jejich hlavní poslání, a to péči především o spirituální rozměr lidské existence. Spirituálně zaměřená holistická pastorační péče, která je v diplomové práci prezentována, vychází z biblických kořenů, kdy je spirituální rozměr lidské osobnosti pevně zakotven v přesvědčení nemocničních kaplanů (pastoračních pracovníků) a komunikace probíhá specifickým jazykem v rámci specifického diskursu. Jak vyplynulo z druhé fáze výzkumu, která byla vedená formou hloubkových rozhovorů, diskurs a jazyk používaný nemocničními kaplany ovlivňuje vztahy kaplana v rámci multidisciplinárního týmu, jeho „vztahování se“ k supervizním tématům, které přináší, i způsob vyjadřování a komunikaci se samotným supervizorem. Supervizor pak musí profesionálně reagovat a pracovat se svými limity, ať již v rámci neznalosti diskursu a jazyka, nebo v nutnosti držet si nadhled a objektivní postoj.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Association of Pastoral Supervision. (2018). About Pastoral Supervision [online]. [cit. 10.7.2020]. Dostupné z: <https://www.pastoralsupervision.org.uk/about-pastoral-supervision/>
2. ANK. (2020). O Nás: Asociace nemocničních kaplanů – pomáháme lidem [online]. [cit. 10.7.2020]. Dostupné z: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/o-nas>
3. Beláňová, A. (2018). „Být kaplanem v Česku: Zdroje nejistoty a nacházení opory.“ Český lid 105 (1) [online]: 25-43. [cit. 2.6. 2020]. Dostupné z: <http://ceskylid.avcr.cz/media/articles/688/submission/original/688-1791-1-SM.pdf>
4. Braun, V., Clarke., V. (2012). „Thematic analysis“. In Cooper Harris (ed.) APA Handbook of Research Methods in Psychology: Vol. 2. Research Designs. American Psychological Association, s. 57-71.
5. Carroll, M. (2014). Effective Supervision for the Helping Professions. SAGE Publications.
6. Clinebell, H. (1984). Basic types of pastoral care and counseling: resources from the ministry of healing and growth. London: SCM.
7. Černý, P., Graubner, J. (2006). Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice. Praha: Ekumenická rada církví
8. Český statistický úřad. (2011). Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu [online]. [cit. 15.7.2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/nabozenska-vira-obyvatel-podle-vysledku-scitani-lidu-2011-61wegp46fl>
9. Disman, M. (2011). Jak se vyrábí- sociologická znalost: Příručka pro uživatele. Praha. Karolinum
10. Ehrlichová, M. (2015). Teologická reflexe v supervizi pastorační práce, Caritas et Veritas, časopis pro reflexi křesťanských souvislostí v sociálních a humanitních oborech, č. 2.[online]. [cit.2.6.2020]. Dostupné z <http://www.caritasetveritas.cz/index.php?p=archiv&cislo=2&rok=2015&pkey=182>



11. Gollnick, J. (2008). Religion and spirituality in the life cycle. New York: P. Lang.
12. Havlenová, Z. (2014). Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice získala status právnické osoby a spustila webové stránky – Diecéze litoměřická. [online]. [cit. 10.7.2020]. Dostupné z.: <https://www.dltm.cz/katolicka-asociace-nemocnicnich-kaplanu-v-ceske-republice-ziskala-statut-pravnicke-osoby-a-spustila-webove-stranky>
13. Havrdová, Z., Hajný, M. (2008). Praktická supervize: Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. Praha: Galén
14. Havrdová, Z., Šmídová, O., Šafr, J., Štegmannová, I., a kol. (2011). Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu., Praha, FHS
15. Havrdová, Z. (2013). Mít život ve svých rukou: O oblastech a postupech práce komunitního pracovníka ve vyloučených lokalitách. Praha: Český západ a Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze s obecně prospěšnou společností Cheiron T.
16. Hawkins, P., Shohet, R. (2016). Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál.
17. Hendl, J. (2016). Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál.
18. Holst, L. E. (2006). Hospital ministry: The role of the chaplain today. Eugene, OR: Wipf & Stock.
19. Holub, T., Duka, D. (2013). Zakládací listina: Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice [online]. [cit. 10.7.2020]. Dostupné z.: <https://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/03/Zakladac%C3%AD-listina.pdf>
20. Kalvínská, E. (2008). Spirituální péče ve zdravotnictví, *Praktický Lékař 2008; 88(9): 522-524*, [online]. [cit. 2.6.2020]. Dostupné z <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2008-9/spiritualni-pece-ve-zdravotnictvi-182>
21. Kaplan. (1999). Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích (svazek 4., str. 424). Praha: DIDEROT.
22. Katolická asociace nemocničních kaplanů v České republice (2020). Související dokumenty a odkazy. [online]. [cit. 10.7.2020]. Dostupné z: <https://kaplan-nemocnice.cz/souvisejici-dokumenty-a-odkazy/>

23. Koenig, H. G: (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications, *International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry, volume 2012*, [online]. [cit. 2.6.2020]. Dostupné z <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/278730/>
24. Kopecká S. (2015). Diplomová práce – Nemocniční kaplan. Právní zakotvení a přehled vývoje duchovní péče a nemocničního kaplanství v České republice
25. Koltko-Rivera, M. E. (2006). Rediscovering the later version of Maslow's hierarchy of needs: Self-transcendence and opportunities for theory, research, and unification, *Review of General Psychology*, [online] City University of New York – Hunter College. [cit. 2.6.2020]. Dostupné z [https://www.researchgate.net/publication/232510315\\_Rediscovering\\_the\\_later\\_version\\_of\\_Maslow's\\_hierarchy\\_of\\_needs\\_Self-transcendence\\_and\\_opportunities\\_for\\_theory\\_research\\_and\\_unification](https://www.researchgate.net/publication/232510315_Rediscovering_the_later_version_of_Maslow's_hierarchy_of_needs_Self-transcendence_and_opportunities_for_theory_research_and_unification)
26. Leach, J., & Paterson, M. (2015). Pastoral supervision: A handbook. London: SCM Press.
27. McCarthy, Michael & Clancy, Brian. (2018). From Language as System to Language as Discourse. [online] [cit. 3.7.2020] Dostupné z [https://www.researchgate.net/publication/328334800\\_From\\_Language\\_as\\_System\\_to\\_Language\\_as\\_Discourse/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/328334800_From_Language_as_System_to_Language_as_Discourse/citation/download)
28. Menke, M. (2017). Nadkonfesní rozměr služby nemocničních kaplanů v ČR In: Benák, Jaroslav (ed.): Církev a stat 2017, sborník z konference [online], Masarykova univerzita, Právnická fakulta, Brno [cit. 2.6.2020]. Dostupné z: <https://www.law.muni.cz/sborniky/cirkevastat/cirkevastat2017.pdf>
29. Menke, M. (2018). Nadkonfesní rozměr služby nemocničních kaplanů v ČR, část I. [online]. [cit. 15.7.2020]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/ustavni-pravo/nadkonfesni-rozmer-sluzby-nemocnicnich-kaplanu-v-cr-cast-i>
30. Miovský Michal. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.
31. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2008). Průvodce – MPSV Portál [online]. [cit. 15.7.2020]. Dostupné z:

[https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss\\_final\\_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9)

32. Mowat, H., Swinton, J. (2007). What chaplains do? The role of the Chaplain in meeting the spiritual needs of patients., Mowat Research Limited, University of Aberdeen
33. MZ, ČBK, ERC. (2019). in. Asociace nemocničních kaplanů – pomáháme lidem. Text dohody o duchovní péči ve zdravotnictví. [online]. [cit. 10.7.2020]. Dostupné z: <https://www.nemocnikaplan.cz/clanky/aktuality/text-dohody-o-duchovni-peci-ve-zdravotnictvi>
34. Nešpor, Z. R. (2004). Jaká víra?: současná česká religiozita/spiritualita v pohledu kvalitativní sociologie náboženství. Sociologické studie / Sociological Studies 04:05. Praha: Sociologický ústav AV ČR. 115 s.
35. Němečková Kamila. (2016). Kapitoly k nenáboženské spiritualitě. Praha: Carpe Momentum.
36. Oman, D., Thoresen, C. E (2015). Do Religion and Spirituality Influence Health?, In: Paloutzian, R. F., & Park, C. L. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York, NY: Guilford Press., str. 435-436
37. Opatrná, M. (2006). Klinická pastorační péče a její poskytovatel; *Časopis lékařů českých* [online] Praha [cit. 2.6.2020] Dostupné z <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2006-9/klinicka-pastoracni-pecce-a-jeji-poskytovatel-3147>
38. Opatrná, M. (2012). Založení Katolické asociace nemocničních kaplanů na osmém formačně vzdělávacím setkání nemocničních kaplanů na Velehradě, *Caritas et veritas* [online]. [cit. 2.6.2020]. Dostupné z: <http://www.caritasetveritas.cz/index.php?action=openfile&pkey=75>
39. Opatrný, A. (2016). Pastorační teologie pro laiky. Červený Kostelec: Pavel Mervart.
40. Paget, N. K., & McCormack, J. R. (2006). The work of the chaplain. Valley Forge, PA: Judson Press.
41. Říčan, P. (1997). Psychologie jako náboženství, In: Psychologové profesoru Tardymu, Praha, Psychologický ústav AV ČR

42. Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu, postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení pro podané ruce. Brno: Albert.
43. Tavel, P. (2004). *Zmysel života podľa V.E. Frankla*. Bratislava: IRIS.
44. Tošner, J. (2017): *Supervize v sociální práci* - PhDr. Jiří Tošner. (n.d.). [online]. [cit. 15.7.2020]. Dostupné z: <http://socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/540-supervize-v-socialni-praci>
45. Vojtíšek, Z., Dušek, P., Motl, J. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
46. WHO. (1990). *Cancer Pain Relief and Paliative Care, Report of a WHO Expert Committee*, [online] Geneva [cit. 2.6.2020]. Dostupné z [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO\\_TRS\\_804.pdf;jsessionid=050E3F9AE2640AC81325CF7CD289BDD3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf;jsessionid=050E3F9AE2640AC81325CF7CD289BDD3?sequence=1)
47. Žorga, S. (2007). *Competences of a supervisor*. *Ljetopis socijalnog rada*. 14. 433-441 [online], Ljubljana [cit. 2.6.2020]. Dostupné z <https://hrcak.srce.hr/14427>

## **Zákony**

Zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb. (znění účinné od dubna 2019). Ministerstvo zdravotnictví.

Nářízení vlády č. 222/2010 Sb. příloha č. 1, Díl 1.05 Společné specializované práce: 1. 05. 04: KAPLAN. Ministerstvo práce a sociálních věcí.

## SEZNAM UŽÍVANÝCH ZKRATEK

ANK – Asociace nemocničních kaplanů

APSE - Association of Pastoral Supervisors and Educators

ČBK – Česká biskupská conference

ENHCC - European Network of Health Care Chaplaincy

ERC – Ekumenická rada církví

KANK - Katolická asociace nemocničních kaplanů

LZZ – Lůžková zdravotnická zařízení

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

S/R – Spiritualita / Religiozita

WHO – World Health Organisation

# PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Dotazník

Příloha č. 2

Osnova polostrukturovaného rozhovoru

## PŘÍLOHA Č. 1:

### Zmapování stavu supervize nemocničních kaplanů v ČR

U jednotlivých otázek označte tu odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor. Pokud takovou odpověď nenaleznete, odpovídejte vlastními slovy v možnosti "other". Na konci dotazníku, nezapomeňte odkliknout "submit". Děkuji

Vaše odpovědi budou brány jako přísně důvěrné údaje, budou uchovány pouze ve statistické podobě nebo použiji některé výroky k ilustraci důležitých zkušeností tak, aby nikdo nemohl identifikovat, že jde právě o vás. To je záležitost etických principů ve výzkumu, kterými jsem na univerzitě vázána.

\* **Required**

1. Jak dlouho působíte v roli kaplana? \* *Mark only one oval.*

do 1 roku

1- 3 roky

3 a více let

2. V jakém rozsahu se věnujete práci nemocničního kaplana/ky? (označte hodící se variantu *Mark only one oval.*

cca 10 hod. měsíčně

cca 10 hod. týdně

cca 20 hod. týdně

cca 42 hod. týdně

3. Jste za svou práci nemocničního kaplana placen/a?

*Mark only one oval.*

Ano

Ne

Částečně

4. Absolvoval jste nějaký výcvik pro tuto roli? \* *Mark only one oval.*

Ano

Ne

5. Jaká je oblast vašeho vzdělání? (lze více možností)

*Check all that apply.*

Teologické

Sociální

Pedagogické

Other:

6. K jaké církvi se hlásíte?

7. Co si představíte, když se řekne supervize: \*

8. Máte se supervizí nějakou zkušenost? \* *Mark only one oval.*

Ne

Ano, z výcviku kaplanů

Ano, z jiné oblasti (vypište v ot. 5.1)

8.1 Pokud máte se supervizí zkušenosti z jiné oblasti, uveďte z jaké:



---

9. Je Vám v rámci vaší praxe nemocničního kaplany/ky v současné době poskytována supervize? \*

*Mark only one oval.*

Ano *Skip to question 9*

Ne *Skip to question 22*

10. Jakou formou je supervize poskytována? (zaškrtněte vše, co se hodí) \*

*Check all that apply.*

Individuální (vy + supervizor)

Skupinová – supervizní setkání nemocničních kaplanů z různých nemocnic

Skupinová mezioborová – supervizní setkání s lidmi z jiných pomáhajících profesí

Týmová pro kaplany – supervizní setkání týmu nemocničních kaplanů, kteří spolupracují

Týmová pro různé pracovníky z nemocnice

10.1. V případě skupinové nebo týmové supervize, uveďte prosím, průměrný počet účastníků.

---

11. Na co je supervize zaměřena? (zaškrtněte vše, co se hodí) \*

*Check all that apply.*

Řešení sporných případů (z praxe)

Moje pocity a otázky kolem role kaplana

Organizační záležitosti a vztahy v nemocnici

Učení se novým poznatkům a dovednostem, psychologie aj.

Etické problémy spojené s praxí

Other:

12. Jak často je Vám supervize poskytována? \* *Mark only one oval.*

- Pravidelně
- Příležitostně
- Pokud dojde k aktuální potřebě

12.1. Prosím, určete četnost supervizních setkání.

13. Existuje mezi supervizorem a Vámi uzavřená smlouva o poskytování supervize, která upravuje cíle, obsah a pravidla průběhu supervize? \*

*Mark only one oval.*

- Ano, smlouva existuje a znám ji
- Asi ano, ale neznám ji
- Asi ne, nevím o tom

14. Jak byste ohodnotil/a svou celkovou spokojenost se supervizi? Zvolte číslo na stupnici výborně- 5 nedostatečně). \*

*Mark only one oval.*

1      2      3      4      5

---

---

15. Považujete supervizi za přínos pro svou roli kaplana/ky?

\* *Mark only one oval.*

- Rozhodně ano
- Spíše ano

- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

15.1a. Pokud rozhodně ano/ spíše ano napište, prosím, co Vám přinesla?

\_\_\_\_\_

15.1b. Pokud spíše ne/rozhodně ne napište, prosím, co postrádáte či co vám vadí?

16. Váš supervizor/ka je? \* *Mark only one oval.*

- Muž
- Žena

17. Je Váš/a supervizor/ka věřící (křesťan/ka)? \* *Mark only one oval.*

- Ano
- Ne
- Nevím

18. Kdo Vám supervizi poskytuje? \* *Mark only one oval.*

- Interní supervizor
- Externí supervizor

19. Má Váš/e supervizor/ka výcvik v supervizi? \* *Mark only one oval.*

- Ano
- Ne

Nevím

20. Máte možnost ovlivnit výběr supervizora/ku? \* *Mark only one oval.*

Ano, k jeho výběru se mohu vyjádřit i nesouhlasit či odmítnout

Mohu se vyjádřit, ale spíš rozhoduje to někdo jiný (uvedte kdo v ot. 12.1.)

Ne (na názor jsem nebyl/a tázán/a)

20. 1. Kdo rozhoduje o volbě supervizora ?

21. Kdybyste si mohl/a sám/a vybrat supervizora/ku pro sebe, jaké vlastnosti byste u něj/ní považoval/a za důležité? (uvedte, prosím, nanejvýš 3, seřadte je od nejdůležitější k nejméně důležité a očíslejte)

22. Jaké formy podpory ve Vašem povolání nemocničního/ní kaplana/ky využíváte? \*

*Check all that apply.*

Kurzy, školení, odborné semináře, konference

Společná setkávání s ostatními nemocničními kaplany

Modlitební opora vysílající církve

Pravidelné setkávání s duchovním nadřízeným

Psychoterapie

Supervize

Other:

23. Jaké formy podpory ve Vašem povolání nemocničního/ní kaplana/ky byste přivítal/a?

24. Váš/e supervizor/ka je

- Muž  
 Žena

25. V jakém městě podle počtu obyvatel působíte?

*\* Mark only one oval.*

- Město do 50 tis. obyvatel  
 Město do 100 tis. obyvatel  
 Město nad 100 tis. obyvatel

26. V jakém kraji působíte? *\* Mark only one oval.*

- Hlavní město Praha  
 Středočeský kraj  
 Jihočeský kraj  
 Plzeňský kraj  
 Ústecký kraj  
 Jihomoravský kraj  
 Zlínský kraj  
 Moravskoslezský kraj  
 Liberecký kraj  
 Olomoucký kraj  
 Karlovarský kraj  
 Pardubický kraj

Královehradecký kraj

Kraj Vysočina

Děkuji za váš čas, který jste věnoval(a) dotazníku na zmapování situace supervize poskytované nemocničním kaplanům v ČR.

Na toto dotazníkové šetření navazuje část kvalitativní, kde bych se chtěla zaměřit na možná speciJka, která se v supervizním procesu nemocničních kaplanů mohou vyskytnout.

Jsem ochoten/ochotná se účastnit navazujícího kvalitativního výzkumu, který bude veden formou hloubkových rozhovorů. \*

*Mark only one oval*

Ne *Skip to section 9*

Ano. *Skip to section 8*

Section 8

Prosím, kontaktujte mě na emailu [z.vackarova@gmail.com](mailto:z.vackarova@gmail.com) nebo na telefonním čísle 733 696 069

Section 9 Děkuji za Váš čas a přeji vše dobré do Vaší služby. Bc. Zuzana Vačkářová

## PŘÍLOHA Č. 2:

### Osnova polostrukturovaného rozhovoru

#### 1. Osoba respondenta

- a. Mohl/a byste mi o sobě říct něco bližšího? (např. povolání, služba, denominace, působiště, jak dlouhá praxe)

#### 2. Zkušenosti se supervizí

##### Pro supervizory

- a. Jaké máte zkušenosti se supervizí, v jakých kontextech supervizi poskytujete?
- b. Jaká nejčastější témata/oblasti jsou do supervizního procesu přinášeny?
- c. Vnímáte nějaké rozdíly mezi supervizí, kterou poskytujete (např. v soc. službách, v rámci multidisciplinárního týmu, atd.) a supervizí, kterou poskytujete pouze v rámci skupiny/týmu/individuálně někomu jakožto nemocničnímu kaplanovi?

##### Pro nemocniční kaplany

- a. Jaké máte zkušenosti se supervizí?
- b. Jaká nejčastější témata/oblasti jsou do supervizního procesu přinášena?
- c. Jaké téma vás nejvíce zasáhlo? Kdy jste měl pocit největšího přínosu či osobní změny?
- d. Vnímali jste někdy supervizi i negativně? Jak? Jak tomu rozumíte?
- e. Celkově vám supervize vyhovuje nebo byste potřeboval něco jinak?

#### 3. Spiritualita v supervizním procesu

##### Pro supervizory

- a. Setkali jste se v supervizi, kterou poskytujete nemocničním kaplanům s tématem/tématy, která zahrnovala duchovní/spirituální dimenzi/přesah? Jak jste s tím pracovali?

##### Pro nemocniční kaplany

- a. Setkali jste se v supervizi v rámci Vaší kaplanské služby s tématem/tématy, která zahrnovala spirituální dimenzi/přesah?

#### 4. Osoba supervizora

##### Pro supervizora

- a. Jste křesťan (věřící)? / říkal jste, že jste věřící...
- b. Vnímáte nějaké výhody/rizika v tom, že jste (nejste) křesťan/nekřesťan/kaplan?
- c. Domníváte se, že Vaše víra/spiritualita má nějaký vliv na supervizní proces? Jaký?

##### Pro nemocniční kaplany

- a. Je pro Vás důležité, aby byl Váš supervizor věřící (rozumějme křesťan)?
- b. Vnímáte nějaké výhody/rizika v tom, že Váš supervizor je křesťan/ne-křesťan/kaplan?
- c. Kdybyste si představil ideálního supervizora pro nemocniční kaplany, jak by měl být vybaven? Co by mu nemělo chybět?

#### 5. Otevřený prostor aneb co k tomu dodat

- a. Napadá Vás ještě něco v souvislosti s tím, o čem jsme mluvili?