Nemocniční kaplani během pandemie covidu-19

Ondřej Doskočil, Andrea Beláňová

DOI: 10.32725/cetv.2021.012

Abstrakt:
Text se zabývá zkušeností českých nemocničních kaplanů a kaplanek v roce 2020, konkrétně během jarní a podzimní vlny pandemie způsobených šířením viru SARS-CoV-2 způsobujícím virové onemocnění známé jako covid-19. Článek staví na datech získaných pomocí on-line dotazníku a následných deseti rozhovorů s nemocničními kaplany. Výsledky výzkumu jsou prezentovány v rámci čtyř tematických bloků: kaplan a instituce, kaplan a personál, kaplan a pacient a kaplan sám se sebou. Na základě kvalitativní analýzy dat docházíme k závěru, že pandemie ovlivnila sebepojetí mnohých kaplanů především v závislosti na možnostech, jak se během pandemie mohli v nemocnici uplatnit. Pandemická krize tak v mnoha případech urychlila vývoj vztahů s institucí i personálem, ať už k lepšímu či horšímu. Jako klíčové se ukázalo především postavení kaplana v nemocnici před vypuknutím pandemie. Samotná práce s pacienty většinou neprošla zásadní proměnou, kaplani zde fungovali často jako náhrada zakázaných návštěv. V závěru článku uvádíme některá praktická doporučení vyplývající z našich dat.

Klíčová slova: nemocniční kaplan, duchovní péče, nemocnice, pandemie, covid-19

Úvod

Článek je první snahou o zachycení zkušeností českých nemocničních kaplanů v roce 2020, který byl zásadně poznamenán novou situací spojenou s pandemií virového onemocnění covid-19.[1] Naším cílem je popsat a interpretovat subjektivně vnímané změny (pokud nastaly) kaplanské role během jarní a podzimní vlny pandemie. Zabýváme se také vlivem pandemie na práci kaplana s pacienty a snažíme se identifikovat případná problematická místa či naopak zdroje podpory pro kaplanskou roli. Ačkoli duchovní péče v nemocnicích se pod různými názvy a v různém pojetí začala v České republice rozvíjet od druhé poloviny 90. let a systematičtěji po roce 2000,[2] teprve v posledních letech dochází k jejímu jasnějšímu strukturálnímu ukotvování.[3] Současná

1 V zájmu čitelnosti budeme v textu používat generická maskulina jako „kaplan" či „pacient", přestože pojednáváme o mužích i ženách. Výrazem „český" rozumíme kaplany na celém území České republiky. V textu dále hovoříme o „pandemii" a „covidu" (slovo covid skloňujeme), čímž se vždy vztahujeme k masovému šíření virového onemocnění známého jako covid-19 v průběhu roku 2020.

2 Srov. Jana MARYŠKOVÁ, Nemocniční kaplanství v poločase, *Caritas et veritas* 5/2015, s. 12–15.

3 Srov. Jiří Rajmund TRETERA, Vážná potřeba institucionalizované duchovní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních. Úvaha na

pandemie tak zastihla české nemocniční kaplanství ve fázi institucionalizace, přičemž tak poukázala na některé neuralgické body tohoto procesu, zejména na úroveň akceptace nemocničního kaplana v nemocnici a ochotu jej reálně vnímat jako součást nemocničního týmu.

Teoretická východiska

Pandemie z pohledu sociálních věd

Celosvětové šíření virového onemocnění covid-19 a opatření s ním spojená jsou pro současnou moderní společnost novou, nečekanou a nepříjemnou zkušeností. Ačkoliv jde teprve o rok staré dění, je již evidentní, že globální rozměr pandemie rapidně a zásadně mění lidská společenství i individuální životy. Mnohé aspekty lidské existence – jako svoboda pohybu, sociální styky či intimní blízkost – ztrácí na své samozřejmosti.[4] Nové okolnosti generují široce zakoušenou nejistotu, nestabilitu, obavy a úzkosti. Ze sociologického hlediska vstupuje nový typ viru do lidských životů jako „ten druhý" (*the other)*, náhlý a nevyhnutelný společník, který je nebezpečný a navíc neviditelný.[5]

Sociální vědci si v souvislosti s pandemií všímají oslabování sociálních vazeb, ať už kvůli nucené izolaci, anebo z důvodu dobrovolného odstupu, kdy se každý druhý člověk automaticky stává rizikem.[6] Negativní aspekty pandemie rovněž jako jiné krizové situace dopadají především na sociální skupiny již oslabené, izolované a ohrožené chudobou, v tomto případě pak primárně na starší osoby.[7]

Steve Matthewman a Kate Huppatzová ovšem hovoří také o nárůstu altruismu a sociální vzájemnosti. Chápou každou společenskou krizi jako veřejně sdílenou hrozbu, která zároveň vytváří solidaritu a produkuje energii k pozitivně motivovanému jednání.[8] V dnešním i hypotetickém post-pandemickém světě tak nabývají odolnost a odvaha, ale také soucit, naděje a empatie nových rozměrů a významu.[9]

Zároveň však nelze opominout fakt, že pandemie přináší neúměrné zatížení zdravotnického systému po celém světě. Podle Terryho R. Barda je ale pandemie současně výzvou k přemýšlení nad hodnotou lidského života a jeho smyslem, a to jak na rovině jednotlivce, tak v širším společenském kontextu. Bard si v této souvislosti všímá nárůstu zájmu o duchovní rozměr a zdraví člověka, jak v mediálním prostoru, tak v klinické praxi.[10] Co ale všechno dosud řečené znamená pro samotné poskytovatele duchovní péče v nemocnicích?

Nemocniční kaplani (nejen) za pandemie

Nemocniční kaplanství a instituce kaplanství obecně se většímu zájmu sociálních věd začaly těšit teprve v nedávné době. Studie z různých částí světa upozorňují především na to, že kaplanská role je v rámci instituce čímsi výjimečným a odlišným, zároveň se ale stále častěji vyvazuje z tradičních

základě několika osobních zkušeností, in: *Církev a stát 2017*, ed. Jaroslav BENÁK, Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta, 2017, s. 9–17.

4 Srov. Steve MATTHEWMAN, Kate HUPPATZ, A sociology of Covid-19, *Journal of sociology* 4/2020, s. 675.

5 Srov. Raewyn CONNELL, COVID-19/Sociology, *Journal of sociology* 4/2020, s. 746.

6 Srov. Paul R. WARD, A sociology of the Covid-19 pandemic: A commentary and research agenda for sociologists, *Journal of Sociology* 4/2020, s. 729.

7 MATTHEWMAN, HUPPATZ, A sociology…, s. 677.

8 Tamtéž, s. 677.

9 Srov. WARD, A sociology…, s. 731.

10 Srov. Terry R. BARD, COVID-19 and New Normal?, *Journal of Pastoral Care & Counseling* 4/2020, s. 81.

nábožensko-institucionálních vazeb.[11] Hledá se tak spíše duchovně než nábožensky zaměřená péče, která je zároveň křesťanská, sekulární i nábožensky pluralitní.[12] Toto hledání kaplanské identity známé ze zahraničí provází se zpožděním i současnou institucionalizaci nemocničního kaplanství v České republice. Ve stručnosti ji lze popsat jako napětí mezi křesťansky (církevně) ukotvenou pastorační péčí a obecně lidskou duchovní péčí, která, jak píše Menke, „spočívá převážně v oblasti lidského a existenciálního doprovázení spojeného především s nasloucháním a náboženský prvek je tu marginální."[13]

Institucionální rámec pro poskytování duchovní péče ve zdravotnických zařízeních v České republice stanovila po letech nejednoznačností *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví* uzavřená v roce 2019 mezi Českou republikou (konkrétně Ministerstvem zdravotnictví), Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v ČR.[14] V textu dohody je duchovní péče ve zdravotnictví definována jako „nezdravotní služba všem pacientům, zdravotnickým pracovníkům a návštěvníkům LZZ při řešení jejich osobních, existenciálních, spirituálních, etických a morálních otázek a potřeb" a je zde rovněž uvedeno, že „tato služba má důsledně neevangelizační charakter." Dohoda stanovuje, že duchovní péči ve zdravotnictví mohou vykonávat výhradě oprávněné osoby – nemocniční kaplani – a udává závazné kvalifikační požadavky pro výkon této služby, mezi něž spadá zejména vysokoškolské teologické vzdělání, absolvování kurzu Nemocniční kaplan a pověření vlastní církví a společného vyslání ČBK a ERC. K důležitým bodům též patří ustanovení, že „kaplan poskytuje duchovní péči na základě právního vztahu s poskytovatelem zdravotních služeb, zejména pracovněprávního". Tím je nemocniční kaplan chápán na jedné straně jako vyslanec církve/í, zároveň jako zaměstnanec nemocnice. Nemocniční kaplani jsou součástí zdravotnického zařízení, i svými vnějšími atributy často splývají s prostředím nemocnic, zároveň však do nemocnic přichází z pověření některé z registrovaných křesťanských církví, s jiným vzdělanostním zázemím (teologické vzdělání), z jiného prostředí a s jinou zkušeností. Tento ambivalentní vztah však není českým specifikem, je, zdá se, spojen s nemocničním kaplanstvím jako takovým. McSherry a kol. popisují tuto ambivalentní roli kaplana jako „je v instituci, ale není její".[15]

Navzdory tomuto významnému institucionálnímu posunu profese nemocničního kaplana v České republice stále ještě hledá svou tvář a identitu. V některých nemocnicích se s kaplany běžně počítá, v jiných o nich není povědomí. Též rozsah a forma pracovního poměru k nemocnici se různí. Někde jsou kaplani zaměstnanci nemocnic na plný pracovní úvazek, jinde jsou kaplanské týmy složené z dílčích úvazků či dohod o provedení práce či pracovní činnosti. V některých nemocnicích působí kaplani bez pracovněprávního vztahu se zdravotnickým zařízením a platí je církev. Pro nemocnici jsou tedy fakticky v roli dobrovolníka. Duchovní služba v nemocnici je pro mnohé kaplany vedlejší činností vedle jejich hlavního zaměstnání (např. v církvi, školství, sociálních službách apod.). Chybí též jednotná představa o zapojení kaplanů do multidisciplinárních týmů. Nemocniční kaplan je teoreticky pojímán na základě bio-psycho-socio-spirituálního paradigmatu

11 Viz např. Julia MARTÍNEZ-ARIÑO, Mar GRIERA, Catholic Chaplains in Public Institutions: Contextual Opportunities and Institutional Inertia in Spanish Hospitals and Prisons, *Journal of Religion in Europe* 2–3/2018, s. 147–156. Podobně: Kees DE GROOT, The Institutional Dynamics of Spiritual Care, *Revista de Estudos da Religião* 1/2010, s. 27; Frances NORWOOD, The Ambivalent Chaplain: Negotiating Structural and Ideological Difference on the Margins of Modern-Day Hospital Medicine, *Medical Anthropology* 1/2006, s. 21.

12 Janet Betty ECCLES, The Chaplaincy Experience: Negotiating (multi-faith) Time and Space in a Northern English General Hospital, *Journal of Pastoral Care & Counseling* 3/2014, s. 1.

13 Monika MENKE, Nadkonfesní rozměr služby nemocničních kaplanů v ČR, in: *Církev a stát 2017*, ed. Jaroslav BENÁK, Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta, 2017, s. 28.

14 © Portál poradních orgánů, pracovních skupin a odborných komisí Ministerstva zdravotnictví. Dostupné z https://ppo.mzcr.cz/workGroup/65, citováno dne 2. 2. 2021.

15 Wilfred McSHERRY, Adam BOUGHEY, Pater KEVERN, "Chaplains for Wellbeing" in Primary Care: A Qualitative Investigation of Their Perceived Impact for Patients' Health and Wellbeing, *Journal of Health Care Chaplaincy* 4/2016, s. 152.

jako rovnocenná součást multidisciplinárního týmu, avšak na rozdíl od lékařů, sester, klinických psychologů a zdravotně sociálních pracovníků není zdravotnickým pracovníkem. Jeho faktické zapojení do týmu s ohledem např. na ochranu osobních údajů pacientů je tedy komplikované. Identita nemocničního kaplana se pohybuje mezi představou „kněze, který přichází za souvěrci se svátostmi" a „dobrovolníka, který pomůže zaplnit nemocniční čas". Chybí jasné porozumění tomu, kdo vlastně nemocniční kaplan je, co dělá a k čemu může být dobrý.[16] To souvisí mimo jiné s vysokou mírou sekularizace českého prostředí, do něhož vstupují nemocniční kaplani, kteří zastupují tradiční náboženskou víru (křesťanství) a tradiční náboženskou instituci (církev), ale zároveň deklarují, že jejich služba má nadnáboženský a nadkonfesijní rozměr a je určena „všem pacientům bez rozdílu vyznání".[17] Zda je tato jejich úloha v českém nemocničním prostředí přijímána a zda jsou sami nemocniční kaplani schopni svou službu srozumitelně nabízet, zvýraznila i krizová situace způsobená probíhající pandemií.

Pandemická krize přímo volá po novém zhodnocení kaplanské role ve zdravotnických zařízeních. Publikovaného výzkumu o situaci nemocničních kaplanů za pandemie je nicméně v tuto chvíli stále minimum. V jedné z mála dosud vydaných odborných esejí na toto téma se americká kaplanka Ann Riggsová zamýšlí nad vlastní zkušeností. Mimo jiné vnímá posun v požadavcích, které se objevují ze strany pacientů a rodiny. Zatímco byla zvyklá zacházet s pocity frustrace, strachu a zármutku; nově zaznamenává spíše poptávku po stručnějších a formálnějších modlitbách a liturgiích. Oceňované u pacientů jsou také její „telefonické návštěvy". Zároveň ale zmiňuje, že oproti jejímu očekávání personál využívá jejích služeb jen velmi málo, přestože (nebo právě proto, že) se potýká se zvýšeným napětím a chaosem.[18]

Jednou z možností, jak toto téma nahlédnout v aktuálním čase, je web organizace Evropského výzkumného institutu pro nemocniční kaplanství (ERICH). Mimo jiné funguje jako rozcestník národních stránek asociací nemocničních kaplanů a odhaluje široké portfolio problémů, které jsou v oblasti nemocniční duchovní péče řešeny napříč státy. ERICH rovněž na svých webových stránkách zveřejnil předběžné výsledky své studie, jejímž cílem bylo zjistit, jak nemocniční kaplani zvládají poskytovat duchovní péči během pandemie a identifikovat klíčové změny oproti jejich obvyklé praxi.[19] Online dotazník se ptal na aktuální pracovní podmínky a jejich proměnu za poslední rok. Celkem výzkumníci získali 1657 odpovědí z celého světa. Mezi shromážděnými výsledky patří mezi nejzajímavější následující zjištění: (1) největší pokles v jasnosti role kaplana nastal během března 2020, (2) obecně měli kaplani poměrně malý přístup k pacientům (z toho jen necelých 10 % z nich mohlo ke covidovým pacientům) a (3) kaplanům nejvíce vadilo oddělení rodinných příslušníků od umírajících a také nedostatek ochranných pomůcek. Poznatky z kvalitativní části dotazníku se vyjadřovaly v následujícím duchu: „Jako kaplani bychom měli být součást týmu/vedení, ale ve skutečnosti kaplani vůbec nebyli zapojeni do diskuse o managementu péče během pandemie. Vypadalo to, že kromě doktorů a sester jsou všichni šiřitelé covidu, a proto nesmí k pacientům."

16 © Srov. Bohumila BAŠTECKÁ, Ondřej DOSKOČIL, Hana JANEČKOVÁ, Nemocniční kaplan-ka: Kdo to je, co dělá a s čím může pomoci, *Sociální práce / Sociálna práca* 3/2020, nestránkováno. Dostupné na: https://socialniprace.cz/nemocnicni-kaplan-ka-kdo-to-je-co-dela-a-s-cim-muze-pomoci/, citováno dne 2. 2. 2021.

17 © Asociace nemocničních kaplanů, https://www.nemocnicnikaplan.cz/, citováno dne 2. 2. 2021.

18 Ann K. RIGGS, The COVID-19 Context Calls for a Broader Range of Healthcare Chaplaincy Models: An Exploratory Translational Study Utilizing Evolutionary Psychology and Social Neuroscience Loneliness Research, *Journal of Pastoral Care & Counseling* 4/2020, s. 259.

19 © European Reaserach Institute for Chaplains in Healthcare, International Survey of Chaplain Activity and Experience during Covid-19 Pandemic (on-line), dostupné na: https://www.pastoralezorg.be/page/international-survey-covid-19/, citováno dne 2. 2. 2021. Článek shrnující tento výzkum by měl být publikován během první poloviny roku 2021 v časopise *Jounal of Pastoral Care & Counseling.*

Zde uvedené předběžné závěry šetření ERICH posloužily jako inspirace pro náš vlastní výzkum, jehož výsledky v tomto textu prezentujeme. Shrnutí výsledků z ERICH dotazníku nám umožnilo především počáteční kategorizaci našich vlastních otázek. V neposlední řadě nás zajímalo, do jaké míry se bude česká zkušenost lišit či podobat té mezinárodní.

Metodologie, výzkumný soubor a sběr dat

Výzkum je založen na kvalitativní výzkumné strategii za použití dotazníku vlastní konstrukce s převážně otevřenými otázkami a následných doplňujících polořízených rozhovorů (viz níže).

Výzkumným souborem nám byli poskytovatelé duchovní péče v českých a moravských nemocnicích sdružení v Asociaci nemocničních kaplanů a Katolické asociaci nemocničních kaplanů v České republice, kteří projevili zájem o účast na tomto šetření. Jedná se o oficiální poskytovatele duchovní péče ve zdravotnickém zařízení, třebaže ne vždy splňují všechna kritéria pro označení „nemocniční kaplan“ definovaná v Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví z roku 2019. Pro přehlednost však pro všechny typy oficiálních poskytovatelů duchovní péče v nemocnicích užíváme v celém textu souhrnného označení nemocniční kaplan.
První autor sám působí jako nemocniční kaplan a jako respondent se výzkumu neúčastnil.

Pro účely šetření jsme otázky zkonstruovali za pomoci inspirace v šetření ERICH a na základě vlastních zkušeností a našich předchozích dílčích výzkumů a studií.[20] Identifkovali jsme takto čtyři hlavní tematické oblasti: (1) kaplan a jeho instituce, (2) kaplan a jeho pacienti, (3) kaplan mezi personálem, (4) kaplan sám se sebou. Zajímala nás především proměna pociťovaná v těchto jednotlivých oblastech během jarní/první vlny (březen – květen 2020) a podzimní/druhé vlny epidemie (od října 2020 dosud, případně s odlišením tzv. třetí vlny prosinec 2020 – leden 2021). Jsme si ovšem stejně jako naši respondenti a čtenáři vědomi, že situace se neustále vyvíjí a ještě ji nelze hodnotit jako uzavřenou. Soustředíme se tedy především na rok 2020 jako bezprecedentní a dramaticky se odvíjející časový úsek.
Sběr dat probíhal ve dvou krocích. V prvním kroku jsme vytvořili on-line dotazník s otevřenými otázkami. V druhém kroku jsme oslovili zájemce s možností online rozhovoru. Data získaná oběma způsoby byla zpracovávaná společně a tvoří základ pro tento text.
Anonymní dotazník byl vytvořený a distribuovaný pouze v on-line formě. V první části jsme zjišťovali pohlaví (možnosti: muž / žena / nechci uvádět), délku kaplanské praxe v letech, církevní příslušnost, velikost nemocnice (přibližný počet lůžek), formu a rozsah pracovněprávního vztahu s nemocnicí a sídlo nemocnice (možnosti: Praha / krajské město / okresní město / jiné místo).
V druhé části dotazník umožňoval vepsat volně formulované odpovědi na následující otázky:

1) Popište, prosím, jak se v průběhu roku 2020 změnilo Vaše postavení v nemocnici, organizace Vaší práce, rozsah služby, místa působení apod.
2) Popište, prosím, zda a jak se proměnila Vaše práce s pacienty, např. typologie pacientů, formy a intenzita kontaktu apod.
3) Popište, prosím, zda a jak se proměnilo Vaše postavení v týmu nemocnice a spolupráce se zdravotnickým personálem.

20 Např. BAŠTECKÁ, DOSKOČIL, JANEČKOVÁ, Nemocniční kaplan-ka… a Andrea BELÁŇOVÁ, Být kaplanem v Česku: Zdroje nejistoty a nacházení opory, *Český lid* 1/2018, s. 25–43.

4) Popište, prosím, zda a jak jste prociťoval/a změny na sobě samém, např. nové emoce, úroveň sebedůvěry a identifikace s rolí kaplana/ky apod.
5) Zde můžete uvést cokoli, co Vás v souvislosti s tématem Kaplani a covid-19 napadá a nenašel/nenašla jste pro to prostor ve výše položených otázkách.

U otázek 1–4 náš rovněž zajímalo, zda a jak respondenti pocítili rozdíl oproti době před pandemií covidu-19 a zda a jak pocítili změnu mezi první a druhou vlnou onemocnění (jaro a podzim 2020).
Dotazník byl šířen přes personální sítě Katolické asociace nemocničních kaplanů v České republice (KANK v ČR) a Asociace nemocničních kaplanů (ANK) a dostal se ke všem členům těchto profesních organizací. Distribuce probíhala na konci prosince 2020 a začátkem ledna 2021 (celkem 23 dní).
Celkem jsme obdrželi 39 odpovědí od 20 žen a 18 mužů, jeden z respondentů zvolil odpověď „nechci uvést". Průměrná praxe činila přibližně 6 let, v rozsahu 1–17 let, nejvyšší četnost byly 3 roky praxe. Církevní příslušnost kaplanů byla následující: 21 respondentů uvedlo afiliaci k Římskokatolické církvi, 8 k Českobratrské církvi evangelické, 5 k Církvi adventistů sedmého dne, 2 k Církvi československé husitské, 1 k Církvi bratrské, 1 Řeckokatolické církvi a 1 k Slezské církvi evangelické augsburského vyznání.
Velikost nemocnice, kde kaplani působí, činila v průměru 530 lůžek, v rozsahu od 70 do 2200 lůžek. Celkem 15 kaplanů z výzkumného vzorku pracuje v nemocnici v krajském městě, 13 v okresním městě, 7 v Praze a 4 uvedli jiné místo. Forma pracovněprávního vztahu k nemocnici se v našem výzkumném souboru velmi různí. Kolísá od pracovněprávního vtahu s církví, kdy ve vztahu k nemocnici kaplan vystupuje de facto jako dobrovolník, až po plný pracovní úvazek v nemocnici. Obvykle se jednalo o dohodu o pracovní činnosti, resp. dohodu o provedení práce kombinovanou s jiným hlavním zaměstnáním.
Dotazovaní měli možnost na sebe zanechat kontakt a navázat na dotazník rozhovorem s jedním z výzkumníků, tuto možnost využilo 16 dotázaných a všichni byli kontaktováni s žádostí o rozhovor. Cekem bylo provedeno 10 polostrukturovaných rozhovorů v on-line prostředí. Rozhovory trvaly v průměru 60 minut, většina z nich byla se souhlasem respondentů nahrávaná. Výzkumníci se v průběhu rozhovorů snažili o rozvíjení témat uvedených v dotazníku a také o vytvoření celkové osobní reflexe uplynulého roku ve vztahu ke kaplanské profesi. Z rozhovoru byly zapisovány poznámky, které byly posléze zahrnuty do korpusu dat získaných dotazníkem. Data byla zpracovávána dle zásad kvalitativní analýzy. Otevřené kódování prováděli oba autoři současně, posléze své výsledky porovnávali a opakovaně konzultovali.
Důležitým aspektem této práce je pro nás anonymizace respondentů. Z tohoto důvodu nikde, vyjma této kapitoly, neuvádíme informace o obci či regionu, pohlaví respondentů ani konkrétní církevní příslušnost. Domníváme se, že pro naše téma nejsou tyto údaje klíčové a snažíme se tak zabránit možnosti identifikace konkrétního kaplana. Jak již bylo uvedeno, je to také důvod, proč v textu volíme generické maskulinum pro všechny zúčastněné kaplany i kaplanky. Výjimku z tohoto pravidla tvoří přímé ilustrativní citace zúčastněných respondentů, kde je zachování maskulinních a femininních gramatických tvarů upřednostněno pro zachování autenticity výpovědí. Vzhledem ke srovnatelnému počtu zúčastněných mužů a žen a při vynechání všech dalších identifikačních údajů to nepovažujeme za průlom do jejich anonymity. Oprava překlepů a úprava formulací, které by mohly vést k identifikaci respondentů, jsou jedinými zásahy, které jsou v jejich vyjádřeních učiněny; jinak jsou přepisována zcela autenticky včetně uvozovek apod.

Následující část textu shrnuje hlavní poznatky z obou částí výzkumu. V každé předem vymezené oblasti jsou zpracována nejvýrazněji zastoupená témata, a to jednak s ohledem na jejich frekvenci v dotazníku, a jednak na problematiku akcentovanou v průběhu rozhovorů. Kurzivou označujeme klíčové pojmy (kódy), k nimž lze odpovědi respondentů přiřadit.
Snažíme se rovněž rozlišovat mezi jarní a podzimní vlnou, pokud tomu data odpovídají. Jednotlivé respondenty z dotazníku označujeme zkratkou NK (nemocniční kaplan) a čísly 1–39 podle řazení odpovědí v tabulce. Přímé citace z osobních rozhovorů potom značíme NK-R (nemocniční kaplan - rozhovor) a čísly 1–10.

Výsledky

Kaplan a instituce: „Více se o naší službě ví“

Již před začátkem sběru dat jsme si jako první výrazné téma na základě předchozích zkušeností a výzkumu vymezili vztah kaplana a instituce. Na otázku odpověděli všichni respondenti, jejich odpovědi shrnujeme a interpretujeme v následujících odstavcích.
Pandemie přinesla do nemocnic v první řadě změny v organizaci, a to jak ve vztahu k chodu instituce, tak z hlediska rozdělení práce. Především v první vlně převládal v nemocnicích strach hraničící s panikou a postupy se vymýšlely za chodu. Pokud kaplani nějakou změnu pocítili (sedm respondentů uvedlo, že žádná změna nenastala), představoval pro ně tento stav ve většině *nová omezení*. Mnoho nemocnic zvolilo nejjednodušší cestu zákazu docházení kaplanů. V některých případech šlo o zákaz absolutní a jdoucí shora („Vedení nemocnice odmítalo od velikonoc mé kaplanské služby pod záminkou zákazu návštěv.“, NK21). Nemocnice zvolily přístup „zavírání zbytného“, což u kaplanů vyvolalo pocit hořkosti: „říká se, člověk je tělo-mysl-duše, ale najednou to v téhle situaci důležité nebylo, byla to jen teorie“ (NK16-R).
V jiných byl vstup do nemocnice omezen pouze na pacienty v terminálním stádiu či tzv. „na zavolání“ (typicky šlo o svátost pomazání nemocných zprostředkovávanou katolickým knězem) nebo byl kaplan vpuštěn jen na vybraná oddělení. V obecnosti tato omezení přinesla jistý limit svobodného pohybu kaplana po nemocnici, na který mohl být zvyklý, a naopak větší závislost na komunikaci s vedením a personálem, což se projevilo na jejich vzájemném vztahu (viz následující kapitola). Toto nové nastavení může mít ale z pohledu kaplana i své výhody: „Často musím kontaktovat vedení, ohledně toho co můžu. Tím se víc připomínám. Myslím, že je to ku prospěchu duchovní služby.“ (NK24).
Zajímavým aspektem těchto omezení bylo právě zúžení duchovních služeb na svátostné úkony a zvýraznění římskokatolického pojetí kaplanství. Jak již bylo řečeno výše, některé nemocnice umožnily návštěvu kaplana jen u pacientů v terminálním stádiu nemoci. Toto axiomatické propojení kaplana s tématem *smrti a umírání* je dalším opakujícím se námětem v dotazníku i v rozhovorech. Dotkneme se jej ještě níže v podkapitole Kaplan a pacient. S umíráním souvisí také téma služby na covidových odděleních. Zatímco někteří kaplani měli po celý rok vstup ke covidovým pacientům zakázaný (typicky: „kaplan je tam asi navíc, možná i z hlediska hygieny a neustálého oblékání“, NK31-R), jiní mohou docházet na vyžádání pacienta. I zde, zdá se, hraje roli především vztah kaplana s institucí před pandemií.
V novém, „pandemickém“ režimu se silněji projevil vztah, který kaplan s institucí měl již navázaný, a to jak v pracovněprávním smyslu, tak na úrovni osobního jednání. V obecně horší situaci se ocitli externisté, kteří slovy jedné kaplanky často „nemají v nemocnici ani vlastní přezůvky“ (NK1-R). Za tímto obrazem se skrývá sdělení, že nemocnice často přehlíží nebo neřeší kaplanovu

potřebu vlastního prostoru (i kdyby šlo jen o malou skříňku na uschování osobních věcí nebo možnost využít šatnu). Pandemie pak v některých případech tento hendikep dovedla do extrému (viz úplný zákaz docházení); neplatí to ale rozhodně univerzálně pro všechny kaplany. Naopak: někteří kaplani využili vstřícně nastaveného vztahu s nemocnicí a v době pandemie měli možnost požívat jistých výhod, které byly vyhrazeny zdravotnickému personálu. Šlo buď o získání specifického statusu, který kaplanovi umožnil vstup na jinak uzavřené oddělení (metodický pokyn, zařazení do týmu), nebo přístup k nedostatkovým ochranným pomůckám, finanční bonus za práci na covidovém oddělení či možnost bezplatného testování a očkování. Kaplani si takových gest velice považují, neboť pro ně mají symbolický význam jako uznání jejich role ze strany instituce.
Se změnou organizace práce šla ruku v ruce i *proměna náplně kaplanské činnosti*. Někteří kaplani uvedli, že do jejich portfolia činností přibyly nové funkce – většinou takové, které mohly ulevit přetíženému personálu. Namátkou mohlo jít o doprovázení pacientů na vyšetření, pomoc s úklidem a ukládáním materiálu či dokonce organizování hlídání dětí personálu.
Rozdíl mezi vlnami byl v případě vztahu s institucí poměrně zásadní. Jarní restrikce a obavy byly povětšinou vystřídány podzimní vstřícností ke kaplanovi a vyhledáváním jeho služeb (např. „1. vlna bylo takové oťukávání, ve 2. už jsem byla řádný člen týmu.“, NK3; nebo „Na jaře byli kaplani mezi prvními, kteří byli odvoláni jako ti, kdo nejsou nezbytně nutní. Na podzim už to bylo jiné, a zvláště v tlacích na pacienty bez návštěv byla práce kaplanů vnímána jako důležitá. Důležité také bylo, že jsme jako kaplani chodili i mezi covid pacienty, stejně jako ostatní jsme podstupovali rizika.“, NK16). Jarní omezení byla na podzim často odstraněna, kaplanům byly například obnoveny pravidelné pochůzky. Mnoho kaplanů uvádělo, že během druhé vlny se o nich více vědělo („Více se o naší službě ví“, NK17) a zájem o jejich službu byl větší: „během jara jsem chvíli nemohl vykonávat práci, během podzimu byl o nás větší zájem i v době covidové.“ (NK35). Nutno dodat, že osm respondentů uvedlo, že žádnou změnu nepocítili.
V některých případech mohlo pomoci, že kaplani sami prodělali covid a nebyli tak nadále pro pacienty hrozbou: „Při první vlně mě původně nechtěli v nemocnici pustit nikam, teprve po negativním výsledku testu pro mé návštěvy uvolnili jedno oddělení. 2. vlna již vykazuje menší obavy, i vzhledem k prodělané nemoci.“ (NK26). Zároveň ale druhá vlna, i když je hodnocena jako organizovanější a opřená o zkušenost, je také vnímaná jako pro celou nemocnici více vyčerpávající, což dopadá i na kaplana: „Cítím stále určitá omezení ve své práci. Chápu to. Na pracovišti panuje nervozita, zdravotníci jsou vyčerpáni. Vše je v pohybu, situace se mění skoro ze dne na den.“ (NK26).

Kaplan a pacienti: „Méně být na místě a více telefonovat“

Další zkoumanou oblast jsme pojmenovali jako kaplan a pacienti. Snažíme se v ní zachytit, zda a jak se v důsledku pandemie proměnila práce kaplanů s pacienty, např. typologie pacientů, formy kontaktů, intenzita kontaktů apod.
Téma, které se explicitně či implicitně objevilo v odpovědích téměř všech účastníků naší ankety, bylo *zákaz / omezení návštěv.* To bylo určující nejen z hlediska organizace práce a vztahu kaplana k nemocnici, ale rovněž v hledání nových forem kontaktu s pacienty. Pro nemocniční kaplany to byla zcela nezvyklá situace, protože jim byl odňat základní nástroj jejich služby, tedy fyzická přítomnost u lůžka nemocného. Se zákazem nebo omezením návštěv příbuzných a blízkých pacientů se nemocniční kaplani setkávají při každoročních chřipkových epidemiích, avšak jejich službu to obvykle citelněji nepoznamenává a nadále vykonávají své činnosti běžným způsobem. Při současné pandemii se však zákaz nebo omezení návštěv dotkly (převážně v první vlně) téměř všech nemocničních kaplanů v našem výzkumném souboru bez ohledu na délku jejich působení v ne-

mocnici či na formu pracovněprávního vztahu s ní. Zákazem návštěv se tak citelně zredukoval okruh pacientů, jimž byla duchovní péče poskytována. Respondenti zároveň často uváděli, že zákaz návštěv nebyl uplatňován při poskytování duchovní péče u *umírajících pacientů*. Ke slovu se tu dostává obraz nemocničního kaplana jako někoho, jehož inherentní kompetencí je doprovázení v závěru života: „Návštěvy nemocných byly považovány jako jiné návštěvy, tedy zakázané. Výjimkou byli pacienti v terminálním stadiu nemoci nebo pacienti, kteří si prostřednictvím lékaře návštěvu kaplana vyžádali." (NK2). Paradoxně v některých nemocnicích umožňovali u umírajících pacientů pouze návštěvu katolického kněze, ačkoli je pro zdravotnické zařízení de iure v roli návštěvy, zatímco nemocniční kaplan, který je pracovníkem nemocnice, přístup neměl. Odráží se zde katolický důraz na potřebu svátostného zaopatření pacienta pomazáním nemocných, které kaplan, jenž není knězem, nemůže poskytnout, ale je jeho povinností návštěvu duchovního na žádost pacienta zprostředkovat: „Zprostředkování návštěvy kněze bylo možné vždy, pokud se týkalo o udělení svátosti pomazání nemocných." (NK15). „V době prvního nouzového stavu v březnu byl zákaz vstupu také pro mě jako nemocničního kaplana - ženu. Kněz mohl nadále navštěvovat pacienty, ale jen ty v terminálním stadiu… Na některá oddělení mě nepouštějí dosud. Kněze samozřejmě ano, jde-li o umírající pacienty." (NK29). Je pozoruhodné, s jakou samozřejmostí někteří katoličtí nemocniční kaplani přijímají omezení svého působení, zatímco přítomnost kněží vnímají jako nezbytnou. Byla-li v období pandemie v některých nemocnicích jedinou povolenou duchovní péčí návštěva kněze u umírajících, je pochopitelné, že přítomnost nemocničního kaplana může být někdy předsudečně vnímána jako předzvěst blížící se smrti, a tím pádem pacienty bez náboženského vyznání není nevyžadována nebo je přímo odmítána. A to navzdory tomu, že nemocniční kaplani jsou často laici, kteří paradoxně mohou být nenáboženskými pacienty lépe akceptováni než nemocniční kaplani z řad duchovních.

Kaplani, jimž bylo umožněno navštěvovat pacienty i v době pandemie, vnímali svou službu také jako *náhradu zakázaných návštěv* jejich blízkých, případně dobrovolníků: „Pacienti byli velmi smutní z izolace a odloučení s blízkými. Citově strádali. Někteří byli vděčni za rozhovory se mnou, i se sestrami, kýmkoliv." (NK31).

Někteří kaplani z našeho souboru zároveň uvádějí, že se v období pandemie zvýšila *intenzita kontaktů* s pacienty. Někteří pod významem intenzita však vnímají větší četnost intervencí u pacientů, jiní ji vnímají jako větší intenzitu vztahů: „Určitě se jak oproti předcovidovému období i vůči jaru zvýšila intenzita kontaktů, před Vánoci jsem za některými zájemci docházel i každý den. To lze samozřejmě z velké části přičíst i zákazu, příp. omezení návštěv v nemocnici." (NK26). „Má práce se moc nezměnila co do programu ale co do intenzity vztahu pacientů v nemocnicích a klientů v domovech. Vztahy se staly srdečnější a v domovech ještě víc očekávanější." (NK6).

Nejcitelnější změnu do služby nemocničních kaplanů vnesl samotný vznik nové kategorie *covidový pacient*. I v dosavadním diskurzu užívali nemocniční kaplani různých označení pro určité kategorie pacientů vyžadujících specifický přístup, jako např. geriatrický pacient či onkologický pacient, nikdy však kategorizace pacientů podle typu onemocnění nehrála pro nemocniční kaplany takovou roli jako za této situace. V komunitě nemocničních kaplanů se záhy vykrystalizovaly dvě skupiny, totiž ti, kterým je umožněno poskytovat péči i na *covidových odděleních*, a ti, kterým byl přístup na tato oddělení odepřen. To bylo také v námi zkoumané skupině nemocničních kaplanů nejčastěji popisovanou změnou mezi první a druhou vlnou pandemie: „Na podzim 2020 byla možnost navštěvovat pacienty také na covid odděleních." (NK1). „Nebylo jasné, jestli nás ke covid pacientům budou pouštět. U druhé vlny už to tak nebylo a vše v pohodě." (NK10). „Druhá vlna je úplně jiná, bezproblémově mě pouštějí do jakéhokoli covidoveho oddělení." (NK32).

Vyskytli se však i nemocniční kaplani, kterým nebyly umožněny návštěvy u covidových pacientů ani ve druhé vlně pandemie, a to navzdory tomu, že byli zaměstnanci nemocnice a do té doby se nesetkali s tím, že by některé pacienty nesměli navštívit nebo neměli přístup na některá oddělení. V každém případě covidový pacient se zde objevuje jako nový typ pacienta a symbolická dělící linie mezi různými kategoriemi personálu.

Služba u covidových pacientů proměnila navyklé způsoby činnosti mnoha kaplanů. Návštěvy jsou kratší, intenzivnější, kontakt je limitovaný ochrannými pomůckami („skafandry"), často jde o kontakt jednorázový: „Rozdíl je s covidovými pacienty. Jak četnost návštěv, často stihneme jen jednu, tak atmosféra návštěvy, tak samozřejmě i podmínky k návštěvě. Pokud pacient vnímá závažnost svého stavu, bývají rozhovory s ním velmi intenzivní." (NK39).

Pandemie přinesla v mnoha případech i změnu *typologie pacientů*, s nimiž kaplani přicházeli do kontaktu. Zatímco v době před pandemií to byli převážně dlouhodobě nemocní pacienti (typické oddělení pro službu nemocničních kaplanů bývá oddělení následné péče), konstatovali někteří kaplani větší podíl své činnosti u těžce nemocných a umírajících pacientů, což souvisí s jejich větším zapojením do péče o covidové pacienty ve druhé vlně: „Charakter práce je zcela jiný než v době před covidem." (NK13). „V době druhé vlny se skladba pacientů posunula ještě výrazněji směrem k pacientům ve vážném stavu se špatnou prognózou." (NK30). „V období pandemie byli pacienti akutní a s těžšími diagnózami, vyžadovali mnohem víc času a energie." (NK34).

V souvislosti s péčí o covidové pacienty (nikoli však výlučně o ně) se s vysokou četností objevuje téma *ochranných pomůcek*. Jednak jako možné příčiny omezení duchovní služby při jejich prvotním nedostatku v jarním období, jednak jako nového distinktivního znaku příslušnosti kaplana k instituci. Ochranné pomůcky se tak stávají jednak prostředkem umožňujícím návštěvu i covidových pacientů, zároveň je však nemocniční kaplani vnímají jako určitou *bariéru v komunikaci* s pacientem či zdroj *fyzického diskomfortu* či *časového omezení* návštěvy: „Já se nesnažím to časově nějak omezovat, ale přeci jen je tam člověk trošku tlačený, vnímám, že každé to oblečení je tady třeba za dva tisíce a tak se snažím obejít dost pacientů. Připadalo by mi blbý, kdybych byl jen u jednoho a pak to všechno zase vyhodil, takže se snažím ty rozhovory neprotahovat." (NK17-R).

Vedle ochranných pomůcek vstoupily do práce nemocničního kaplana ještě další materiální skutečnosti. Kvůli omezení návštěv volili někteří kaplani *nové formy kontaktu*, především využití moderních komunikačních technologií, které doposud nehrály v činnosti kaplana takovou roli. Respondenti zmiňovali především *telefonické hovory* s pacienty či zprostředkování telefonátů či videohovorů pacientů s jejich blízkými: „Snažila jsem se více věnovat personálu a ambulantním pacientům a nastavit poskytování duchovní služby přes sociální sítě a telefon." (NK4).

Účastníci ankety zaznamenávají i další změny *témat hovorů* s pacienty. Všímají si větší tematizace utrpení, umírání a smrti v rozhovorech s pacienty i personálem, někteří zmiňují nárůst náboženských potřeb pacientů, jiní vyšší přítomnost existenciálních a spirituálních témat v rozhovorech: „Změnila se forma rozhovoru - lidé více pociťovali nejistotou a strach z budoucnosti, pociťovala jsem rozdíl oproti době před pandemií." (NK29). „Myslím, že pandemie zesílila vědomí křehkosti lidského života, hodnoty mezilidských vztahů a setkání. Rozhovory se častěji posouvají od prožívání hospitalizace k tématům, jež týkají hodnot a duchovních zdrojů daného pacienta." (NK38).

Kaplani rovněž zmiňují dopad pandemie na *psychiku pacientů*. Všímají si sociální izolace, osamělosti, nejistoty, únavy, nedostatečné informovanosti a strachu: „Lidé jsou už vyčerpaní a unavení. Personál samozřejmě také. Největší škody vidím v psychice lidí. Mnozí starší ve vážném stavu s covidem zemřeli, ale mnozí také ne … lidé se nyní hodně bojí, mají nepřesné a tendenční informace, jejich psychika hrozně trpí." (NK5).

Kaplan a personál: „Jemné indicie, že jsem brán na milost“

Téma vztah kaplana se zdravotnickým personálem považujeme za rovnocenné co do významu. Podle dohod, v rámci nichž kaplan v nemocnici funguje, je jeho služba určena nejen pacientům a jejich blízkým, ale i zdravotnickému personálu. Nabízí se tedy myšlenka, že v době pandemické krize bude tato činnost nabývat na větším významu. Velmi nás proto zajímalo, jak sami kaplani vnímali případnou proměnu vztahu s personálem během obou vln roku 2020.

Reakce na tuto otázku byly v zásadě dvojího druhu. Povaha odpovědi se povětšinou odvíjela od způsobu, jakým nemocnice zareagovala na pandemii a jaké místo v organizaci práci kaplanovi vyčlenila. V případech, kdy kaplanská služba byla zásadně omezena nebo zcela zastavena, došlo dle kaplanů k *odcizení od personálu*, např. „Před pandemií jsem s několika zaměstnanci navázala kontakt, který byl pandemií přerušen.“ (NK37). Pandemie jako taková narušila soulad mezi personálem a kaplan vnímal „že větší izolovanost personálu navzájem, kvůli opatřením. V nemocnici méně vzájemné komunikace, více práce, více nervozity.“ (NK27). Kaplan byl v těchto případech vnímán především jako potenciální přenašeč nákazy a tedy riziko, které je lepší eliminovat. Úplný zákaz docházení kaplana byl pro nemocnici o to snazší, čím více byla jeho pozice vnímaná jako marginální, přičemž tento přístup byl častější v první vlně: „V první vlně mě sestry vyloženě žádaly, pokud nemusím, ať za nemocnými nejezdím. (Předpokládám, že je k tomu vedl strach i má pozice ‘na okraji ‘týmu).“ (NK22).

Jeden z nemocničních kaplanů zmínil, že vztahy s ostatním personálem poznamenalo i jeho vlastní onemocnění. Ačkoli v nemocnici bylo několik zaměstnanců, kteří covidem onemocněli, byl právě on vnímán jako ten, kdo do nemocnice nákazu zavlekl, třebaže se prokazatelně nakazil v nemocnici. Specifická a ojedinělá pozice nemocničního kaplana se tak ukázala jako vhodný cíl pomluv, zároveň se ukazuje, že činnost nemocničního kaplana je ostatními zaměstnanci sledována: „Nepříjemná byla fáma, že jsem po oddělení já covid roznesl. To jsem zaslechl z mnoha stran v nemocnici, takže se ta fáma docela šířila, ale do očí mi to nikdo neřekl. (...) Jestli něco zanedbá nějakej sanitář, je to nějakej sanitář, protože těch je tu několik set. Ale kaplan je tu jedinej.“.“ (NK7-R).

Z dotazníku také vyplývá, že naopak u nemocnic, které v některé fázi pandemie kaplanskou službu spíše podpořily nebo vyžadovaly, se ve většině odpovědí objevilo téma *zintenzivnění spolupráce* s personálem. Šlo v první řadě o zvýšení frekvence setkávání a vzájemné komunikace s personálem i vedením, v druhé řadě pak o větší potřebu vyjednávat o vlastní roli a jejím významu. Podle respondentů měla tato změna za efekt spíše zlepšení vztahů než naopak. Obecně měli kaplani pocit, že díky zvýšení intenzity spolupráce se kolektivy staly soudržnějšími a jednotlivci k sobě vzájemně vstřícnějšími: „Nějak teď víc držíme při sobě - vlna solidarity mezi námi. Myslím, že je to dané i tím, že jsem v nemocnici častěji kvůli lidem s hospitalismem apod.“ (NK10).

Subjektivně vnímané zlepšení ve vztazích s personálem popisovali respondenti různými výrazy. Mezi jemnější nuance patřilo, že personál začal kaplana poznávat (např. na chodbě poznali, že se potkali právě s kaplanem, což dosud nebylo běžné). Nejfrekventovanějšími pojmy byly větší *otevřenost*, *blízkost* a *vstřícnost*, které byly většinou ve vyjádřeních navázaná na téma *sdílení*. Někteří dokonce vnímají, že jsou „podporou pro personál“ (NK13), ačkoliv konkrétní podobu této podpory respondenti neuvádí (v jiném případě odpovědi je uvedena podpora náboženská: „Modlíme se a jsou za ně zvláště v této době slouženy mše svaté.“ NK25). Ve vztahu k jiným odpovědím se domníváme, že personál má v průběhu pandemické krize větší potřebu hovořit o svých problémech osobních i pracovních, postěžovat si na únavu, případně se jedná o – pro kaplana nový – zájem o jeho osobní názory: „Personál začal být mnohem víc sdílnější. Začal se na mě

obracet i s osobními problémy a příběhy. Mnohem víc stáli o mé postřehy." (NK12) nebo „potřeba si s někým jiným popovídat, něco se třeba i dozvědět: můj názor na konkrétní situaci, jak to prožívám jako věřící člověk, zda se nebojím." (NK6). Z nutnosti věci častější interakce s kaplanem pak umožňuje tento typ komunikace rozvíjet. Zároveň se ale ukazuje, že se jedná o sdílení velmi opatrné a náhodné. Posun je to intuitivní a křehký, vyjádřený spíše dojmy vyplývajícími ze čtení určitých náznaků personálu na úrovni jednotlivců. Opatrnost v hodnocení proměny je čitelná například v následujících vybraných citacích:

„Tým nemocnice nějak nevysloveně chápe přítomnost kaplana na pracovišti a uchopuje si jí po svém." (NK12).

„Zdá se mi, že v kontextu pandemického tlaku na psychiku i výkon personálu se spolupráce ve většině případů prohloubila a personál teď spíše oceňuje intervence kaplanů jako podpůrné pro pacienty i práci zdravotníků." (NK38).

„A mohu pozorovat v průběhu delšího času i jemné indicie tu a tam, že jsem brán/vzat 'na milost'. Že začínají další, i křesťansky neorientovaní, zdravotníci brát na vědomí, že na oddělení kde pracují, také patřím. Nebo se s tím alespoň smiřují." (NK23).

Smíření se s existencí kaplana je poměrně silné vyjádření, které ovšem může autenticky odrážet aktuálně zažívaný vztah s personálem. Akceptace kaplanské pozice během pandemie mohla do určité míry zesílit, ale má stále své poměrně jasně vymezené limity, související s těžko uchopitelnou náplní práce kaplana: „Přesto mám stále pocit, že to, že si 'jen povídám' s pacienty, je pro většinu středního zdravotnického personálu a pro většinu ošetřovatelů, naprosto zbytečná činnost... a pokud se s pacienty modlím, tak to už jim 'rozum nebere'." (NK31). Více kaplanů v našem dotazníku sdílelo tuto zkušenost s pocitem, že pro personál je duchovní služba podřazená té zdravotní: „nepřímé náznaky, že jejich práce je primárně důležitá, moje sekundárně…neberu osobně, i když mrzí." (NK27). Pandemie v každém případě roli kaplana zvýraznila a obrazně řečeno donutila personál na kaplana reagovat více než v předchozích obdobích. Slovy jedné kaplanky: „více se polarizovalo, kdo o spirituální podporu v mém podání stojí a kdo ne." (NK22).

Určitá nejistota v odhadnutí vlastní pozice a jejího posunu během pandemie úzce souvisí s tématem *týmovosti*. Náš dotazník přímo cílil na tuto problematiku formulací „Vaše postavení v týmu nemocnice" a respondenti na ni hojně reagovali. Faktem totiž je – jak již naznačujeme výše – že nově zakoušená zvýšená vstřícnost a ochota personálu ještě nemusí znamenat, že by kaplan pocítil, že se stal i pevnou součástí zdravotnického týmu: „Každá návštěva začíná ohlášením se u staniční sestry. Mohu potvrdit vstřícnost, ale dosud necítím, že bych byl považován za součást nemocničního týmu." (NK2), nebo „součástí týmu to tedy určitě nejsem" (NK1-R), příp. „o zapojení do multidisciplinárního týmu ale nemůže být ani řeči." (NK23). Být součástí týmu a poradním hlasem je přitom jistým ideálem nemocničního kaplanství. Pro mnohé respondenty tak významnou změnu znamená pouhý fakt, že k nějaké proměně došlo a k tomuto ideálu se mohou vzdáleně přibližovat: „Jsme více vnímáni jako součást týmu pečující o potřeby pacientů, dříve jsme byli spíše vnímáni jako takoví lepší dobrovolníci." (NK16). Nutno zdůraznit, že opět jde do velké míry spíše o posun především v rovině osobního vnímání než objektivní změny situace (např. navýšení úvazku, oficiální zařazení do týmu apod.). Zdá se, že nemocniční kaplan se cítí být součástí týmu, když ze strany zdravotnického personálu zakouší, že je jeho role vůbec brána vážně.

Nová situace ale v několika případech skutečně znamenala zapojení do týmu v takové podobě, jak by si kaplan nejspíš představoval: „Nabídla jsem svou pomoc a stal se součástí týmu na 5 týdnů (2. vlna) – 24 hodinová služba na telefonu (…) Ocitla jsem se v týmu, na jedné lodi. U mnohých

se bortily předsudky vůči nemocničnímu kaplanství." (NK15). Pro některé respondenty byl tedy pracovní rok 2020 zásadní etapou, kdy se mohli od neurčitého podezření spojeného s kaplanem přiblížit k pochopení i ocenění: „všichni sledovali, zda má práce má vůbec cenu. Později hodnocení, jak je práce kaplana důležitá." (NK3). V těchto případech pak bylo za katalyzátor změny považováno hlavně praktické zapojení kaplana do péče („kaplan se nesmí bát ušpinit si ruce", NK12-R), jako je třeba jeho přítomnost na náročné covidové jednotce, jež umožnila představení vlastní role personálu v novém, srozumitelnějším světle. Je ale příznačné, že případy těchto respondentů naznačovaly, že kaplani již před pandemií měli vybudovanou určitou pevnou pozici v rámci nemocnice nebo alespoň pociťovali vstřícnost ze strany vedení či personálu. Pandemie tedy jejich pozici spíše posílila a upevnila, než že by ji umožnila zcela nově formovat. Jinými slovy, zdaleka ne všichni kaplani vnímali před pandemií svou pozici jako okrajovou a prekérní a tudíž vyžadující jemné našlapování.

Pokud bychom měli shrnout rozdíl mezi vlnami, byla jarní / první vlna vnímaná jako více naplněná strachem z neznámé situace i z nákazy samotné. Personál byl kaplany vnímaný jako ostražitější a přísnější v dodržování pravidel. Během podzimní / druhé vlny kaplani pociťovali, že personál je vyčerpanější a traumatizovanější z častějšího umírání pacientů, zároveň byl ale ochotnější kaplany pouštět ke „covidovým" případům. Ve vztahu k vlastní roli se obecně spíše objevovalo zhodnocení, že druhá vlna byla pro kaplana přehlednější a co do vztahu s personálem spíše příjemnější, např.: „V rámci týmu, i napříč nemocnicí jsem mohla navázat intenzivnější spolupráci. Navázat mnohá přátelství. V první vlně, ale nejvyšší měrou až ve druhé vlně." (NK15). „Na podzim se tohle změnilo. Zažil jsem, že se na mě častěji obraceli doktoři s potřebou konzultace pacienta, nebo prosbou o podporu u pacienta." (NK16). Právě postřeh, že během podzimu bylo aktivní oslovování kaplana ze strany personálu častější, byl poměrně frekventovaný.

Nutno ovšem říci, že výjimkou v dotazníku nebyly ani případy, kdy *žádná pociťovaná změna s příchodem pandemie nenastala*. Konkrétně se takto vyjádřilo šest respondentů, např. „Nepociťuji, že by se změnilo mé postavení v týmu nemocnice. Jsem stále sám voják v poli." (NK7), příp. „Nedošlo k žádné změně postavení v týmu, rozdíly jen technického a organizačního rázu, nedošlo k žádné proměně s pacienty, žádné změny." (NK19). Někdy byla případná změna připsaná jinému vývoji než pandemii: „Čím déle trvá spolupráce kaplana a nemocnice, tím se spolupráce prohlubuje. Neřekl bych, že na to měl covid až takový vliv." (NK5), případně „Ještě je brzy hodnotit, jaký měl covid vliv na mou roli." (NK14-R).

V souhrnu se zdá, jako by kaplan sám sebe vnímal do velké míry právě očima personálu. Z principu povolání k pastoraci je kaplan v mnohém odkázán na své empatické čtení různých náznaků ze strany ostatních zaměstnanců. Tyto slovní i neverbální náznaky je možné si vzhledem ke kontextu „nemocnice za pandemie" vyměňovat víceméně hlavně mezi dveřmi („pokec na stojáka", jak to vyjádřila NK36) nebo třeba u rychlé kávy v sesterně. V zásadě je ale pro hodnocení vývoje vztahu s ostatním zdravotnickým personálem klíčové postavení kaplana před pandemií aneb „Pochopila jsem, že bez ukotvení v pracovněprávním vztahu se může situace kdykoli zopakovat." (NK21).

Kaplan sám se sebou – „Práce mi dává nyní více smysl"

V závěrečné kapitole shrnující výsledky našeho výzkumného šetření se zastavíme u otázky, jak v průběhu pandemie vnímali nemocniční kaplani sebe samé, své emoce, úroveň sebedůvěry a identifikaci se svou rolí.

Z odpovědí na otázku mapující tuto oblast vyplývá, že hodnocení sebe sama a svého prožívání v období pandemie bylo pro většinu nemocničních kaplanů náročnější než popis předchozích

třech oblastí. Některé z opovědí byly spíše vyhýbavé a od pohledu na sebe samé respondenti utíkali k předchozím tématům – znovu hodnotili své postavení v instituci, svůj vztah k pacientům a svou roli v týmu. Čtyři kaplani z našeho souboru explicitně uvedli, že žádnou změnu na sobě nepocítili: „Skoro žádnou, protože jsem ráda s lidmi a mezi lidmi ať jsou zdraví nebo nemocní nebo staří. Cítím s nimi a mám je ráda. To je vše." (NK6).

Zdá se, že podobně jako další pracovníci ve zdravotnictví nejsou ani nemocniční kaplani příliš zvyklí na formalizované mechanizmy sebepoznání a profesního růstu, např. *supervizi,* která se v rozhovorech objevila pouze dvakrát: jednou jako využívaná a oceňovaná možnost („Chodila jsem pravidelně na supervizi, což mě také drželo", NK36) a jednou jako potřeba („Během 2. vlny jsem si uvědomila nutnost supervize pro svoji práci", NK39). Absence tohoto tématu v otázce po sobě samém a prožívání své identity, důvěry a zpracovávání emocí v zátěžových situacích poukazuje na fakt, že na rozdíl od proklamovaných skutečností je supervize zejména v zátěžových situacích v profesi nemocničních kaplanů doposud nedostatečně využívaným nástrojem.

Pakliže kaplani pociťovali nějaké změny na sobě samém, vnímali je především jako *silnější a pozitivnější identifikaci se svou rolí*. Jak jsme již výše poukázali, tato identifikace s rolí bezprostředně souvisí s akceptací nemocničního kaplana zdravotnickými pracovníky a jeho institucionálním ukotvením v nemocnici. Sebehodnocení nemocničních kaplanů je tak propojeno s jejich vnímáním institucí a personálem: „Identita se mi naopak, myslím, posílila - i proto, že personál sám se na nás často obrací." (NK10). „Testující zdravotní sestra, kterou jsem nepoznala kvůli ochrannému oblečení, mě přivítala: To jste Vy, naše nemocniční kaplanka! To se mi předtím nestalo. Potěšilo a povzbudilo mě to." (NK1).

Někteří respondenti uváděli, že období pandemie je vedlo k *intenzivnějšímu hledání a nacházení svého místa* v doposud neznámé situaci: „Od orientace v nové situaci, přes hledání svého ukotvení a své role, až po koordinovanou spolupráci se zdravotním personálem, místními církvemi a oblastním tiskem." (NK34). „Postupně jsem začal chápat, že moje role je podpůrná. Nesmím panikařit, ale musím přinášet klid a podporu. Často opakovat, že spolu to zvládneme." (NK12). Pocit *zvyšující se sebedůvěry* pak respondenti odvozovali od nalezení této role a vnímání její smysluplnosti a potřebnosti: „Covidová pandemie mně nutí pohybovat se v prostoru nemocnice odvážněji a s větší sebedůvěrou. Více možná mě i stávající situace nutí ostřeji rozlišovat, co je v mé práci kaplana opravdu důležité a co stojí až na druhé, na třetí koleji. Rozdíl mezi 1. a 2. vlnou lze vyjádřit dvojicí 'obavy- překonání obav'" (NK26). „Mé sebedůvěře to napomáhá, cítím, že je mě potřeba více než dříve." (NK35).

Nová situace však některé kaplany přivedla k přesnému opaku – k *pochybnostem* o smysluplnosti jejich služby či pocitům vlastní zbytečnosti. Ty se objevovaly převážně u kaplanů, jimž byl znemožněn kontakt s pacienty nebo kteří ze strany zdravotnického personálu pocítili, že jejich úloha je vnímána jako druhořadá a zbytná: „Objevovaly se u mě určité pochybnosti ohledně mé práce, její kvality, jejího významu pro nemocné. Onemocněla jsem a byla měsíc mimo nemocnici a zdálo se, že mě skoro nepotřebovali..." (NK27). „V 1. vlně pandemie jsem se cítila poněkud nepotřebná, když nedovolila nemocnice přístup k pacientům." (NK29). Objevil se i náznak pociťované krize povolání k této službě: „Snížilo to mou důvěru v povolání ke kaplanství." (NK21).

Několik kaplanů zmínilo pocit jistého zduchovnění jejich služby, ať už ve vztahu k sobě samým nebo k pacientům: „Velká změna, vývoj, což souviselo s narůstající praxí. Tím se zvyšovala sebedůvěra a práce mohla dostat duchovnější rozměr." (NK3). „Jistě vše toto vede k hlubšímu uvažování a rozjímání o kontextech COVID nemoci, nejen na biologické rovině, ale i na rovině vztahů a širších sociokulturních a spirituálních (především významových) kontextů." (NK14). Jeden

z kaplanů to popisuje jako „cestu na hlubinu“[21] (NK8).
Nejčastěji zmiňovaným aspektem v odpovědích na čtvrtý tematický okruh byly *emoce* a s nimi související tělesné pocity. Suverénně nejčastěji se objevovalo téma strachu z onemocnění, především pak v první vlně, která se všeobecně vyznačovala velkým množstvím neznámých ohledně míry nakažlivosti a způsobů přenosu nemoci. Pokles nebo odeznění tohoto strachu je pak jednou z nejčastěji popisovaných proměn mezi jarním a podzimním obdobím: „Prvotní obavy z nakažení (na jaře) nyní v podstatě vůbec neřeším...“ (NK14). Nebo lakonicky: „Nemám takový strach jak za 1. vlny.“ (NK32). Strach z nákazy nebyl jen strachem o vlastní zdraví, ale také strachem z možného nakažení pacientů či personálu. Jak jsme již výše konstatovali, tento strach spolu nedostatkem ochranných pomůcek byl příčinou počátečního omezení působení kaplanů v mnoha nemocnicích: „Těžko jsem to přijímala, … zároveň jsem měla strach, že se nakazím a někoho nakazím... Nyní jsem více nad tím, nejsem tak ustrašená, nechávám tomu více volný průběh... Naopak si říkám, kdybych to prodělala, bylo by to lepší a mohla bych se na oddělení lépe dostat a neměla bych strach, že to někam nosím, nebo že se nakazím.“ (NK24).
Několik nemocničních kaplanů v odpovědích popisuje, že se nakazili a *onemocnění sami prodělali*. Prodělané onemocnění však ve shodě s výše citovanou výpovědí vnímali jako usnadnění pro svou práci, protože tím získali dočasnou imunitu a tím i možnost působení mezi covidovými pacienty. Někteří dokonce vnímali prodělanou nemoc v blízké souvislosti s posílením vlastní kaplanské identity: „Mou identifikaci s rolí kaplana pandemie určitě zesílila a prodělání nemoci na jaře mi umožnilo chodit na podzim i ke covidovým pacientům s relativním pocitem bezpečí.“ (NK38).
Pocit strachu charakteristický pro první vlnu vystřídal na podzim pocit fyzické i psychické únavy, a to nejen u kaplanů, ale i u pacientů a zdravotníků vycházející především z vleklosti situace a dosud nezřetelné perspektivy zlepšení: „Trvá již dlouho a na sobě pociťuji značnou únavu.“ (NK30). „Na jaře jsem byl (spolu s ostatními) nervózní. Na podzim spíše unavený z moc dlouhého mimořádného stavu.“ (NK7). Jak z předchozí citace vyplývá, nejedná se jen o pocity, které prožívají nemocniční kaplani – i oni jsou zrcadlem celkové atmosféry panující v nemocnici, která je na jaře nejčastěji popisována slovy nervozita, ostražitost, obavy a v podzimní vlně jako vyčerpání a únava: „Fyzická únava a vyčerpanost je hlavní rozdíl mezi první a druhou vlnou.“ (NK30).
Někteří respondenti také popisují, že na ně doléhá tíže související s těžkým průběhem onemocnění či vyšším výskytem úmrtí. I tyto emoce však zároveň provází únava: „Nelze pracovat na COVID ARO a nebýt vnitřně zasažen. Navíc - přichází třetí vlna a únava se projevuje všude a na všech.“ (NK13). Kaplani, kteří popisují emoce spojené s častějším kontaktem s umíráním a smrtí, tak rovněž vynášejí téma bezmoci a dezorientace, což zvláště kontrastuje s obvyklým vnímáním kaplana jako někoho, kdo s tématem smrti umí nějak kvalifikovaněji zacházet, jak jsme i výše poukázali: „Uvědomovala jsem si, že během podzimu jsem v souvislosti s množstvím umírajících a zemřelých začala vnímat svoji vnitřní odstřiženost od vlastních pocitů, únavu, často jsem pacienty oplakala. Uvědomovala jsem si, že celá situace má tendenci mě pohltit a musím vynaložit větší úsilí, abych pečovala sama o sebe. Často jsem vnímala pocit viny přeživších - pocit viny, že odcházím po práci domů, zatímco někteří nemocní ten den zemřeli. Mnohem častěji jsem si uvědomovala vlastní bezmoc.“ (NK36). „Silně jsem vnímala emoce a nový druh zátěže, kterou jsem před tím neznala, a to především díky kontaktu s covidovými pacienty na JIP, cítila jsem tíseň a bezmoc z celkové situace i z personálu. Pacienti na covidových odděleních hodně umírají a to je fakt, se kterým se všichni musí nějak poprat. Jako kaplanka jsem vnímala, že bych měla do situace vnášet naději, ale zároveň sama jsem se potřebovala zorientovat a nabrat směr, i v tom jak vlastně

21 V křesťanském diskurzu aluze na evangelní příběh o zázračném rybolovu a Ježíšovu výzvu: „Zajeď na hlubinu“ (Srov. L 5,4).

dělat svoji práci, a to všechno rychle za pochodu." (NK39).
Někteří kaplani si všímají ve vztahu k sobě samým a své službě i jisté *osamocenosti v nemocnici* (kaplan je často v nemocnici na rozdíl od zdravotníků v této pozici sám nebo jen v malém týmu) *i v církvi* (která jej sice do služby delegovala, ale zároveň v ní často nemá žádnou roli) a oceňují kolegialitu a vzájemnou podporu nemocničních kaplanů: „Jako kaplani v nemocnicích jsme v osamocené a přitom velmi zodpovědné roli a proto jsem rád, za podporu, sdílení, povzbuzení regionální kaplanské komunity." (NK34). „Dost mě mrzelo, že moje církev nedokázala poskytnout kaplanům v první linii podporu. Přišel jen jakýsi strohý email, že se církev za nás modlí, ale žádná nabídka podpůrných rozhovorů, či pastorace nebo společné, modlitby. Paradoxně mi takovou podporou byli kolegové kaplani, kteří mnozí slouží na svých farnostech." (NK4). Kromě vzájemné kolegiální podpory kaplanské komunity a případné supervize jsme u účastníků našeho výzkumu žádné aktuálně využívané zdroje podpory pro sebe samé a svou službu neidentifikovali. To ovšem neznamená, že by po ní kaplani nevolali. Avšak tam, kde by ji nejvíce očekávali, se jí jim často nedostává.
Podprahově je z výroků některých kaplanů cítit frustrace podmíněná nedostatečným přijetím a oceněním v nemocnici, absencí pozornosti a podpory ve vlastní církvi a pocitem osamocenosti: „Jsme závislí na tom, kde nás zdravotníci pustí, musíme se přizpůsobovat, hledat nové cesty, pořád o způsobu své práce přemýšlet. Hlídat si emoce. Podpora je minimální. Musíme si své motivace i význam práce obhájit sami u sebe. Spolehnout se na své síly. Setkáváme se s umírajícími, s lidmi zcela odkázanými na péči druhých, s lidmi, kterým lze pomoci jen velmi málo, po všech stránkách málo. Není to lehká práce. A není všeobecně oceněná." (NK27).
V této souvislosti nelze opomenout ani nihilistické odpovědi kaplana, který na všechny otázky odpovídal „nepocítil" či „nijak" a v závěru dal výzkumníkům radu: „Závěry z vyhodnocení mohou být krutě zavádějící, to je horší než nic. Nejlepší by byla baťovská metoda, i když je namáhavější a méně vědecká: tady asi dobrovolnický kurs a pak půl roku dobrovolničit." (NK20). Možná tak respondent vypověděl o pocitech nemocničního kaplana v čase pandemie více, než nám zamýšlel.

Diskuse

Rok 2020 znamenal nejen pro nemocnice zatěžkávací zkoušku a výzvu, se kterou se v průběhu roku vyrovnávaly různými způsoby. Pandemie přinesla nové obavy, a to bezprostřední i obrácené do budoucna.[22] Ani zkušenosti českých nemocničních kaplanů nelze shrnout několika jednoduchými slovy. Jejich reflexe obou vln pandemie a vlastní role byla různorodá a záleželo na několika faktorech, které se zde pokusíme shrnout.
Troufáme si tvrdit, že jedním z nejzásadnějších vlivů bylo nastavení vztahu kaplana a jeho instituce ještě před pandemií. Tato výchozí pozice byla pak do velké míry určující při reorganizaci chodu nemocnice a náplně práce. Krize odhalila, jaký je skutečný vztah nemocnice a kaplana a do jaké míry je instituce ochotná vyjít kaplanům vstříc. Významnou proměnou v této rovnici byl také typ úvazku, doba působení kaplana v nemocnici, začlenění do dalších struktur (paliativní tým, krizová intervence, užší vedení nemocnice apod.) a nepochybně také region, ve kterém se nemocnice nachází.
Ukázalo se, že nějaká forma pracovněprávního vztahu s nemocnicí byla důležitým faktorem pro zapojení kaplana do péče i o izolované covidové pacienty, kde vedle vlastní duchovní péče kaplani sehrávali důležitou roli kontaktu s vnějším světem. Právě potřebou přístupu na uzavřená oddělení

22 Srov. CONNELL, COVID-19/Sociology…, s. 749; WARD, A sociology…, s. 729; MATTHEWMAN – HUPPATZ, A sociology…, s. 676.

včetně infekčních pavilonů argumentoval již před pandemií Tretera ve prospěch institucionalizované duchovní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních.[23] Pandemická situace však znenadání a na bezprecedentně dlouhou dobu proměnila v uzavřené oddělení v podstatě celou nemocnici, čímž byl kaplanům, kteří neměli s nemocnicí uzavřen pracovněprávní vztah, kontakt s pacienty znemožněn nebo významně omezen.

Nešlo však jen o pracovněprávní vztah, protože někteří kaplani s nižšími úvazky či dohodami konanými mimo svůj hlavní pracovní poměr měli v období pandemie kontakt s pacienty umožněn. Spíše šlo o to, jakou pozici měl kaplan již dříve v nemocnici vybudovanou. V případech, kdy byl již před pandemií spíše trpěným okrajovým hráčem,[24] došlo často k částečnému nebo úplnému zákazu docházení kaplanů do nemocnice. Ti kaplani v našem výzkumu, kteří se svěřovali s pocity frustrace z uplynulého roku, zároveň jako by pociťovali, že jejich role nebyla dostatečně rozpoznána. Zatímco sami se vnímali jako podpora a síla, které by bylo možné využít právě v době podobné krize, nemocnice jejich užitečnost nejenže neocenila, ale vlastně ani neuznala jako důležitou. Pandemie tedy mohla i prohloubit pocit osamění ve vlastní roli, a to zvlášť v případech, kdy kaplani zároveň pociťovali nedostatek podpory ze strany své církve. Za některými odpověďmi vystávala nevyslovená otázka: kdo podpoří kaplana, aby mohl podpořit ostatní? Opakovaně jsme se také setkávali s vyjádřením zvýšené potřeby supervize, která v některých případech nebyla dostatečná či zcela chyběla. Naprostá většina našich respondentů však téma supervize vůbec nezmínila, což je v situaci, kterou sami kaplani popisují jako náročnou a vyčerpávající, velmi překvapivé. Naše zjištění tak ostře kontrastují se závěry, k nimž v rámci své diplomové práce došla Zuzana Vačkářová, jejíž respondenti z řad nemocničních kaplanů zkušenost s pravidelnou (převážně skupinovou) supervizí mají a její přínos oceňují.[25] V našem dotazování jsme na otázky supervize přímo necílili, nicméně s ohledem na krizový rok, který nemocniční kaplani v dotazníku i v rozhovorech reflektovali, bychom četnější zmínku o supervizi považovali za přiměřenou.[26]

V nemocnicích, kde byl kaplan již považován víceméně za součást týmu, se spolupráce naopak zintenzivnila a kaplani pocítili, že jejich službě je lépe rozuměno. Sdíleli svůj dojem, že personál díky pandemické krizi lépe chápe, kdo kaplani jsou a čím mohou v každodenním provozu přispět. V této souvislosti se rovněž objevovala představa, že během uplynulého roku bylo možné nabourat některé předsudky vůči kaplanům. Je ale nutné říci, že v případě personálu šlo stále o komunikaci opatrnou. Tato opatrnost spočívala ve čtení různých náznaků tzv. mezi řádky – většina kaplanů případné posuny vnímá spíše podprahově, než že by je dokázala explicitně pojmenovat. Je to přitom právě personál a jeho projevy, kdo je hlavním potvrzením kaplanova sebepojetí a zdrojem k hodnocení své role. Ukazuje se, že navzdory značnému posunu v institucionalizaci nemocničního kaplanství v ČR stále chybí profesní vymezení kaplanovy pracovní pozice a k tomu se vztahující kompetence a náplň jeho práce. Tato nevyjasněnost je nejen zdrojem nejistot a nedorozumění, ale má vliv i na celý multidisciplinární tým, jehož by měl být kaplan součástí.[27]

Kaplani v našem výzkumu také cítili, že by jejich schopnosti a kapacity mohly být využity lépe. Dokázali by překonat své obavy a přizpůsobili by se, pokud by dostali od ostatních nějaký signál, že o jejich službu je zájem. Vnímali, že jsou schopni pomoci především s osamením a obavami pacientů, jichž v krizi přibylo. Stojí za zmínku, že k podobnému závěru vedou i výsledky

23 Srov. TRETERA, Vážná potřeba…, s. 17.

24 V tomto případě nejde o výhradně českou zkušenost, podobně referují např. již citované studie ze Španělska (MARTÍNEZ-ARIÑO, GRIERA, Catholic…, s. 144–145); nebo Spojených států amerických (NORWOOD, The Ambivalent…, s. 15).

25 Zuzana VAČKÁŘOVÁ, *Specifika supervize nemocničních kaplanů v České republice.* Praha, 2020. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Fakulta humanitních studií. Katedra řízení a supervize v soc. a zdrav. organizacích. Vedoucí práce Havrdová Zuzana, s. 47–48.

26 Srov. např. Miranda THRELFALL-MOLMES, Mark NEWITT, *Being a Chaplain*, London: SPCK Publishing, 2017, s. 137.

27 Srov. VAČKÁŘOVÁ, *Specifika supervize…*, s. 33.

výše zmiňovaného dotazníku ERICH.[28] Je přitom zajímavé, že přínosy vlastní práce jsou kaplany formulované méně jako náboženské (potřeba smíření, odpuštění) a více na úrovni psychologické (zklidnění pacienta, vyslovení emocí), což je poznatek opakující se i v zahraniční literatuře.[29] V průběhu pandemie museli kaplani často přizpůsobovat svou práci situaci a aktuální poptávce a byli těmi, kteří mohou a vlastně i musí být flexibilní. V tomto smyslu se v mnoha případech kaplan projevil jako funkční náhrada návštěv, které byly většinu roku v nemocnicích zakázány. Kaplani tak často zastupovali rodinu pacienta a naplňovali jeho čas smysluplným hovorem a lidskou blízkostí, což je například podle Riggsové umožněno právě jedinečnou pozicí kaplana v systému nemocnice.[30]

Pandemická krize také zvýraznila stereotypní propojení kaplanské role se smrtí.[31] Realita častějších úmrtí v nemocnicích během pandemie zesílila v personálu i rodinách pacientů představu, že pro kaplana je přítomnost u umírajících jaksi přirozená a díky vybavenosti rituály (zde hlavně katolické „poslední pomazání") si s ní dokáže lépe počínat. Zároveň však tato stereotypizace může být pro některé pacienty překážkou k tomu, aby službu nemocničního kaplana žádali, a zároveň pro personál, aby ji nabízel, protože – jak poznamenává Tretera – „vidět kněze, to znamená vidět smrt".[32] V některých nemocnicích, dle našeho soudu zejména v religiózně tradičnějších oblastech, byla přítomnost katolických kněží u těžce nemocných a umírajících pacientů brána za samozřejmou, zatímco činnost nemocničních kaplanů (nekatolíků a katolíků – nekněží) byla pozastavena a vnímána jako zbytná.

V neposlední řadě kaplani v našem vzorku reflektovali rozdíl mezi jarní a podzimní vlnou pandemie. Vnímali jak rozdíly v přístupu instituce (posun od chaosu k organizovanosti), tak v náladě personálu (od strachu k únavě) a přizpůsobovali se jim. Obecně by se dalo říci, že v druhé vlně se cítili více jako součást týmu a měli i větší přístup k pacientům včetně těch, kteří trpěli covidem-19.

Závěr

Pandemie virového onemocnění covid-19 zastihla české nemocniční kaplanství ve fázi probíhající institucionalizace. Ačkoli se s nemocničními kaplany v České republice teoreticky počítá a od roku 2019 je tzv. Trojstrannou dohodou závazně stanoven základní rámec a struktura pro poskytování duchovní péče ve zdravotnických zařízeních ze strany církví, je žitá realita v jednotlivých českých nemocnicích velmi různorodá. Situace krize, jakou současná pandemie bezpochyby je, tak vrhá světlo i na to, jaká je skutečná pozice nemocničních kaplanů v systému a na jaké problémy jejich reálné zapojení do multidisciplinární péče o pacienta naráží.

Čeští nemocniční kaplani měli v uplynulém roce příležitost dokázat, že do světa nemocnic patří a mají mu co přinést. Zvláště v době krize, jako je ta současná pandemická, by jejich jedinečnost mohla nabýt na významu. Mají-li kaplani nějakou vlastní specifickou způsobilost, pak jsou odborníky na nejintimnější problémy člověka a hraniční situace, o které ve zdravotnických zařízeních není nouze a kterým zároveň nebývá věnována adekvátní pozornost. Mohli by tedy, v souladu s Bardovým přáním, být opěrnými pilíři a „osobami centrálního významu v intenzitě současné nejistoty a ohrožení nemocí a smrtí".[33] Často se jim to skutečně daří. Zároveň se ale v kontextu

28 © European Reaserach Institute for Chaplains in Healthcare, International Survey…

29 Např. Martínez-Ariñová a Grierová uvádějí, že kaplani legitimizují svou aktivitu v pojmech efektu, jakou jejich přítomnost může mít na pohodu pacienta. MARTÍNEZ-ARIÑO, GRIERA, Catholic…, s. 151.

30 RIGGS, The COVID-19…, s. 263.

31 Podobně viz MARTÍNEZ-ARIÑO, GRIERA, Catholic…, s. 151; nebo DE GROOT, The Institutional…, s. 25.

32 TRETERA, Vážná potřeba…, s. 16.

33 BARD, COVID-19…, s. 81.

současné situace ukázalo, jak je jejich pozice prekérní, stojící na nepevných pracovněprávních základech a podléhající hierarchii instituce.
Domníváme se, že pro etablování nemocničních kaplanů v instituci je vedle jejich jasného pracovněprávního vztahu se zdravotnickým zařízením nezbytné současně i srozumitelné vymezení jejich role a pracovní činnosti, aby jejich nezastupitelná úloha v multidisciplinárním týmu nebyla pouze deklarovanou, nýbrž prakticky realizovanou skutečností.
Srovnatelně důležitá je pro kaplany i podpora ze strany církví, které je službou pověřily. Pandemie ukázala, že v krizových situacích by podpora církevních společenství mohla být pro kaplany zdrojem posily. Dle našeho názoru by si církve měly zrekapitulovat, co pro ně služba nemocničních kaplanů znamená a jak ji mohou podpořit nad rámec pouhého delegování příslušných osob do služby nemocničních kaplanů. Dosud nedostatečně využívaným nástrojem podpory nemocničních kaplanů jsou profesionální supervize. Za ně by měly převzít odpovědnost vedle kaplanských asociací především církve, které kaplany do služby vysílají.
Zde prezentovaný výzkum je potřeba chápat jako pilotní sondu do zcela nově nastavené situace. Za hlavní limity této studie by mohl být považován relativně malý vzorek respondentů a také příliš krátký časový odstup od problematiky, která se stále ještě vyvíjí. Budoucím studiím tohoto typu bychom doporučili důkladnější etnograficky zaměřený výzkum a také velmi žádoucí reflexi dalších zapojených aktérů, např. zdravotníků a pacientů.

Kontakt
Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích
J. Boreckého 1167/27, 370 11 České Budějovice
doskocil@zsf.jcu.cz

PhDr. Andrea Beláňová, Ph.D.
Akademie věd ČR, v.v.i.
Sociologický ústav
Oddělení ekonomické sociologie
andrea.belanova@soc.cas.cz