

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: magisterský intenzivní péče (MIP)

ID studijního oboru: 5345TO24

**Bc. Dana Sedláková**

**Potřeba supervize zdravotnických pracovníků na jednotkách  
intenzivní péče**

Magisterská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková

Datum práce

Praha, 21.5. 2009

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje.

V Praze 21. 05. 2009

Podpis

**Poděkování:**

Chtěla bych poděkovat Mgr. Evě Markové za odborné vedení, cenné rady a pomoc při tvorbě diplomové práce. Děkuji také panu Lewisovi, který mi umožnil uskutečnit výzkum a všem respondentkám z oddělení intenzivní péče v nemocnici Queen Alexandra v Potrhmouth za jejich ochotu a spolupráci při sběru dat.

**Identifikační záznam:**

DANA, Sedláková. *Potřeba supervize zdravotnických pracovníků na jednotkách intenzivní péče. [The importance of supervision of health workers on intensive care units]*. Praha, 2009. 69 s., 4 příl., 3 tabulky, 16 grafů. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, vedoucí práce: Mgr. Eva Marková

**Abstrakt:**

Diplomová práce se zabývá tématem: „Potřeba supervize zdravotnických pracovníků na jednotkách intenzivní péče“. Práce je rozdělena do dvou částí. První část je teoretická a jejím hlavním cílem je rekapitulovat aktuální teoretické přístupy, historii a aktuální koncepci supervize v České republice a ve Velké Británii. Zároveň se snaží komplexně obsáhnout téma klinické supervize a zvýraznit výhody pro zdravotní personál, pracující zejména na jednotkách intenzivní péče. V práci jsou zmíněny také negativní faktory, které na tento zdravotnický personál působí (např. syndrom vyhoření).

Výsledky výzkumu jsou shrnuty ve výzkumné části práce. Výzkum byl proveden kvantitativní metodou pomocí dotazníků ve Velké Británii, v nemocnici Queen Alexandra v Portsmouth. Dotazníky byly rozdány sestřám, pracujícím na jednotkách intenzivní péče pro dospělé a pro děti. Důvodem, proč byl výzkum uskutečněn ve Velké Británii, bylo získat nové zkušenosti z jiné země, kde je klinická supervize poměrně úspěšně aplikována do praxe v nemocnicích. V diplomové práci byly stanoveny pět cílů a hypotéz týkajících se dané problematiky. Autorka se snaží zmapovat situaci týkající se klinické supervize ve Velké Británii.

V závěru práce jsou shrnuty nejdůležitější informace týkající se výzkumu a byly uvedeny možnosti řešení dané problematiky. Hlavní myšlenkou a přáním, které provázely vznik této diplomové práce, bylo přispět k utváření stále se vyvíjejícího pohledu na supervizi v teorii a klinické praxi v České republice.

**Klíčová slova:**

Supervize, klinická supervize, sestra, intenzivní péče.

## **Identifikacion record**

DANA, Sedláková. *The importance of supervision of health workers on intensive care units*. Praha, 2009. 69 pages, 4 supplements, 3 tables, 16 graphs. Master's Thesis. Charles University, 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Supervisor: Mgr. Eva Marková

## **Abstrakt v AJ:**

This thesis discusses the theme: „The importance of supervision of health workers on intensive care units“. This work is divided into two sections, with its main purpose to focus on recapping the theories of supervision, its history and up to date concept of clinical supervision in the Czech republic and Great Britain. It attempts to incorporate the advantages for the workers on intensive care units. Some negative aspects which may affect the workers, such as burn out syndrome, are also discussed.

The second section covers the research component. The author decided on a quantitative approach to data collection, using a predetermined list of questions. These questionnaires were given to a group of health workers from Great Britain, specifically from Queen Alexandra hospital in Portsmouth, England. The selected intensive care unit provides a service primarily for adults with some unit provision for children. The rationale for using a unit based in Great Britain was to gain new experience from another country, where the process of clinical supervision has been successfully applied in clinical practice.

In connection with task of the thesis five targets were set together with five hypotheses to permit confirmation or negation. The author attempted to map the situation regarding to clinical supervision in Great Britain.

In conclusion there are important aspects arising from the research and a proposal of possible solution of how to rectify the perceived lack of supervision in the Czech system of healthcare.

## **Klíčová slova v AJ:**

Supervision, clinical supervision, nurse, intensive care.



## Obsah

Úvod.....	9
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>11</b>
<i>1.1 Pojem supervize.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2 Definice supervize.....</i>	<i>12</i>
<i>1.3 Balinstovské skupiny.....</i>	<i>13</i>
<i>1.4 Supervizní proces.....</i>	<i>14</i>
<i>1.4.1 Osoba supervidovaného.....</i>	<i>16</i>
<i>1.4.2 Osoba supervizora.....</i>	<i>17</i>
<i>1.5 Funkce supervize.....</i>	<i>18</i>
<i>1.6 Druhy supervize.....</i>	<i>19</i>
<i>1.6.1 Supervize přímá a nepřímá.....</i>	<i>20</i>
<i>1.6.2 Supervize interní a externí.....</i>	<i>20</i>
<i>1.6.3 Individuální supervize.....</i>	<i>20</i>
<i>1.6.4 Skupinová supervize.....</i>	<i>21</i>
<i>1.6.5 Týmová supervize.....</i>	<i>21</i>
<i>1.6.6 Peer supervize neboli intervize.....</i>	<i>22</i>
<i>1.7 Supervizní smlouva.....</i>	<i>22</i>
<i>1.8 Historie supervize ve světě.....</i>	<i>23</i>
<i>1.9 Historie supervize v České republice.....</i>	<i>24</i>
<i>1.9.1 Český institut pro supervizi.....</i>	<i>25</i>
<i>1.10 Zdravotní pracovník pracující na ARO/JIP.....</i>	<i>26</i>
<i>1.11 Příčiny psychického zatížení zdravotního pracovníka na ARO/JIP.....</i>	<i>27</i>
<i>1.12 Syndrom vyhoření.....</i>	<i>28</i>
<i>1.13 Pojem a definice klinické supervize.....</i>	<i>29</i>
<i>1.14 Potřeba klinické supervize zdravotního pracovníka na ARO/JIP.....</i>	<i>30</i>
<i>1.15 Klinická supervize v českém ošetrovatelství.....</i>	<i>30</i>
<i>1.16 Klinická supervize ve Velké Británii.....</i>	<i>31</i>
<i>1.17 Klinická supervize jako součást organizace.....</i>	<i>31</i>
<b>2. Praktická část.....</b>	<b>34</b>
<i>2.1 Cíle práce.....</i>	<i>34</i>

<b>2.2 Předpokládané hypotézy.....</b>	<b>35</b>
<b>3. Metodika výzkumu.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 Výzkumná sonda ve Velké Británii.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....</b>	<b>36</b>
<b>4. Výsledky výzkumu.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1 Výsledky výzkumné sondy.....</b>	<b>37</b>
<b>5. Diskuze.....</b>	<b>56</b>
<b>6. Závěr.....</b>	<b>63</b>
<b>7. Seznam použité literatury.....</b>	<b>65</b>
<b>8. Seznam použitých symbolů a zkratek.....</b>	<b>68</b>
<b>9. Seznam příloh.....</b>	<b>69</b>



## Úvod

Pojem supervize ve zdravotnictví v České republice je stále velmi málo známý a uceleně nezpracovaný. Supervize se s poměrně velkým úspěchem aplikuje do praxe u ostatních pomáhajících profesí, především v nestátních organizacích a v privátních psychoterapeutických praxích. Oproti nízkému využití v oblasti zdravotnictví je úspěšně a dlouhodobě využívána v poradnách a ve státních organizacích sociálních služeb.

Supervize by měla být součástí našeho neustálého profesního vzdělávání a vývoje, postupně by nás měla naučit, jak bychom se sami mohli stát supervizory. Především by nás měla motivovat provádět veškeré pracovní úkony se zájmem a snahou poskytnout našemu klientovi či pacientovi co nejlepší péči a následně si patřičně vychutnat pocit uspokojení z odvedené práce.

Většina zdravotnického personálu přichází do styku s klientem každý den. Lékaři, sestry, zdravotničtí asistenti a ošetřovatelé, všichni tyto lidé se zabývají bolestí, psychickými a sociálními problémy druhých lidí, a jen málokdo se pozastaví nad tím, že i zdravotničtí pracovníci mohou mít obdobné potíže a že na svých bedrech nesou starosti a bolesti svých pacientů. Představme si, že jsme nádobou. Každá nádoba má vymezený obsah a pokud do ní budeme stále přilévat, jednoho dne se naplní a přeteče přes okraj. Stejně tak je lidský tvor schopen unést fyzickou a psychickou zátěž do jisté míry a pouze do určité doby. Každý z nás se ze stresem, který nám přináší naše povolání, umí či snaží vyrovnat různými způsoby. Pokud ale tato kompenzace vážně, může se stát, že dojde k tomu, co odborníci nazývají syndrom vyhoření.

Mnozí z nás nastupují do práce s hrdinskou představou pomoci druhým, jsou plni elánu a sil a myslí si, že jsou schopni nepřetržitě řešit problémy svých pacientů a plnit jejich přání. Je potřeba zapojit supervizi do pracovního procesu včas. Pokud zdravotní personál začne pociťovat první známky syndromu vyhoření, bude již pozdě. Dobrá supervize nám pomáhá se učit a rozvíjet naše schopnosti. Kvalitní supervizor nám může pomoci lépe využít vlastní zdroje a poučit se ze svých vlastních chyb.

V létě roku 2008 jsem měla možnost vycestovat do Velké Británie a pracovat tam jako zdravotní sestra. Naskytla se mi šance poznat a zažít, co znamená slovo klinická supervize v praxi a bylo mi umožněno provést na tamějším pracovišti výzkum. Zároveň jsem si uvědomila, jak málo je v České republice slovo klinická supervize používáno a aplikováno do praxe, proto jsem se rozhodla napsat diplomovou

práci na toto téma. Doufám, že některé poznatky z Velké Británie nás budou inspirovat k dalším krokům kupředu v objevování klinické supervize v našem zdravotnictví.

## 1. Současný stav

### 1.1 Pojem supervize

Pro každého z nás může mít toto slovo odlišný význam. Záleží na tom, v jaké profesní oblasti se pohybujeme. Pokud se pohybujeme v oblasti práce s lidmi, ve smyslu pomáhající profese, měli bychom mít alespoň hrubou představu o tom, co obnáší pojem supervize a aktivně se dále tímto tématem zabírat a rozvíjet jej ve své vlastní praxi. Myslím, že pracovníci z oblasti sociální péče mají větší příležitost se s tímto pojmem setkat a mnozí z nich mají i praktické zkušenosti. Oproti tomu zdravotní personál u nás má jen málokdy ponětí o tom, co je to supervize a k čemu samotný proces slouží.

Původně pojem supervize pochází z latiny. „Super znamená „výše“ nebo „přes“ a „visio“ znamená „pohled“. V české literatuře je tento pojem překládán jako nadhled či dohled.“ (11, str. 10) Pro nezasvěceného zdravotního pracovníka pak může představovat něco nepříjemného, pokud význam chápe pouze jako kontrolu a dohled. Správné pochopení obsahu a účelu supervize hned zpočátku, by mělo zamezit takovýmto obavám. (11)

„V angličtině se tento pojem původně vztahoval na každou situaci, v níž pověřená či zkušenější osoba dohlíží na jinou osobu či osoby při provedení nějakého úkolu nebo průběhu činnosti“. (4, str. 17) Supervize má pracovníkům nabízet nadhled, který je potřebný k řešení některých pracovních otázek a pomáhat při dalším rozvoji. Funkce dohledu spočívá v tom, že se supervizor snaží poskytnout rady a dohlédnout na to, zda pracovník provádí svou činnost kvalitně a profesionálně. (11)

„Chápání pojmu supervize v pomáhajících profesích se postupně přeměňovalo tak, jak se proměňovala celá konkrétní kultura dohlížení na práci v různých oblastech.“(4, str. 17) Rozhodující pro toto chápání je několik teorií, ze kterých se postupně vyvinuly názory na to, co je důležité, aby byl konkrétní pracovník schopen odvádět svou práci co nejlépe. Dle Havrdové a Hajného se jedná zejména o funkci dialogu, v rámci kterého probíhá podpora při práci podřízeného jeho nadřízeným. (4)

Význam dialogu plyne z uznání, že se člověk v určité věci může mýlit, nebo mít odlišný názor na věc. Vedení dialogu pomáhá tyto názory konfrontovat a vede účastníky k pravdě bližšímu názoru, než měli před setkáním. Poskytuje jim tedy daleko větší náhled na diskutované téma. V moderní filosofii blíže definoval dialog Martin

Buber. Tvrdí, že smyslem není jen intelektuální prospěch, ale především uznání druhého jako člověk a partnera.(29, 8)

Dle Havrdové a Hajného: „Pokud je předmětem dialogu pracovní situace, kontext a postupy či vztahy pracovníka k profesi, ke klientům či spolupracovníkům, přičemž jeho smyslem je překročit bloky, jež brzdí tvořivost, spolupráci a kvalitní výkon, stává se takový dialog supervizi.“ (4, str. 19) Z výše zmíněného je zřejmé, jak významně se dialog podílí na celém procesu supervize.

Další důležitou součástí pro pochopení pojmu supervize je reflexe. „Ta umožňuje člověku zaujmout určitý odstup vůči vlastním myšlenkovým pochodům.“ (8, str. 687) Do oblasti pomáhajících profesí zavedl tento pojem D. Schön. Supervize organizuje příležitost k reflexi. Jde o vynořující se postřehy, které se postupně skládají do nových souvislostí, nebo dojde k prohloubení pochopení známých souvislostí. (1, 4, 30)

Pokud je předmětem reflexe pracovní kontext a pracovní proces, s cílem poznat a pochopit, a tím se dostat k lepšímu přístupu ke klientům, kolegům či způsobům práce, jde o supervizi. (6)

## ***1.2. Definice supervize***

Existuje mnoho definic. Rozhodla jsem se uvést ty, které považuji pro svou práci za důležité.

Evropská asociace pro supervizi (EAS) definuje supervizi jako: „činnost, při které prostřednictvím zaměřeného pozorování a cílených otázek uvažujeme nad úrovní péče o klienta a zvyšujeme pracovníkovu schopnost reflexe (uvědomovaného vnímání), vlastní práce a sebereflexe.“

Dle autorů Hawkinse a Shoheta je supervize: „Ústřední forma podpory, při níž se můžeme soustředit na vlastní obtíže v práci a také se podělit se svým supervizorem o část odpovědnosti za práci s klienty“. (6, str. 34)

Hess chápe supervizi jako: „čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem.“ (6)

Dle Havrdové Hajného: „Je supervize odborná činnost, při níž supervizor podporuje, vede a posiluje pracovníka, skupiny nebo týmy v pomáhající profesi

k tomu, aby dosáhl(i) určitých organizačních, profesních a osobních cílů. Obecnými cíly jsou zlepšení kvality práce a podpora profesionálního růstu.“ (4, str. 40) Dále: „Obecným účelem supervize jako profesionální aktivity je zlepšení či udržení kvality služby.“ (4, str. 48)

Podobně popisuje supervizi Michková jako: „Metodu práce cíleně zaměřenou na podporu a rozvoj kvality práce a profesionality – pracovníka, týmu či celé organizace.“ V oblasti sociální péče definuje supervizi jako: „Metodu, pomocí které ověřujeme, zda zásahy, které jsme použily, odpovídají možnostem a potřebám klienta, jeho zakázce, našemu společnému cíli a možnostem instituce.“ (11, str. 9)

Další z možností supervizní práce je bálintovská skupina. Zaměřuje se na problém, kdy pracovník přichází s případem, se kterým si neví rady. Jelikož se dá bálintovská skupina vnímat jako předchůdce supervize, hodlám se tomuto tématu věnovat v následující kapitole. (11)

### ***1.3 Bálintovské skupiny***

Za zakladatele je považován Michael Bálint, maďarský lékař a psychoanalytik. Ve své době vedl tzv. Tavistocké semináře, ze kterých později vznikly bálintovské skupiny. Jeho práce ho přivedla k tomu, zabývat se vztahem lékaře a pacienta a jeho vlivem na úspěšnost léčby. Snahou bylo zaměřit se na pacienta samotného, nikoli na nemoc, kterou pacient trpí. (4, 11)

Sezení probíhá pomocí skupinové práce a všichni jsou zapojeni do daného problému. Účastníci jsou pracovníci z oblastí pomáhajících profesí, ve skupině jich bývá 6-12, přičemž délka sezení je obvykle 90 minut. (11, 14)

Bálintovský styl práce má pět na sebe navazujících fází. Ztotožňují se s rozdělením, které ve své knize předkládá autorka Michková. V první fázi si skupina zvolí, kterým tématem se bude zabírat. Někdy může být navrženo jedno téma, ale i více. Zvolené téma pak jeho nositel (protagonista) přednese ostatním. V přednesu je třeba zaměřit se pocity, které v nás klient vyvolává, na postoj, který zaujímáme a vůbec celkově na vztah, který jsme si s dotyčným vytvořili. Všichni ostatní účastníci bálintovské skupiny naslouchají protagonistovi. Je-li přednes dokončen, účastníci dostávají možnost klást otázky. V této druhé fázi by mělo dojít k dovysvětlení případu. V třetí části je věnován prostor fantazii. Každý, kromě protagonisty, má možnost

vyjádřit své pocity, dojmy a myšlenky. Poté následuje fáze čtvrtá, kdy skupina přednášejícímu doporučí, jak by se měl v daném případě zachovat. Nejedná se o příkazy, ale pouze radu, jak by který účastník postupoval na místě protagonisty. Na závěr se opět dostává ke slovu protagonista, který vyjadřuje své pocity, souhlas i nesouhlas se skupinou a dochází k výměně zpětné vazby. (4, 14, 16, 25)

Pomáhající pracovníky tato metoda práce vede k uvědomění si vlastních prožitků a pocitů, které v nich pacient vyvolává, a napomáhá jim v sobě najít cestu, jak s těmito pocity pracovat, aby pacientovi poskytl co nejúčinnější pomoc. Dle Voldřicha je „Bálintovská skupina náročná na vedení. Je třeba, aby vedoucí skupiny měl dostatek pevnosti, aby udržel na uzdě všechny přítomné a současně měl dostatek citlivosti, aby do vedení semináře šetrně zasahoval a současně byl schopen se soustředit a vnímat atmosféru skupiny.“ Podle jeho mínění nejsou všichni schopni zachovat potřebou ukázněnost a nedokáže-li toto vedoucí usměrnit „mění se bálintovská skupina v něco co připomíná intervizi či supervizi.“ (13) Přikláním se k názoru Michkové, že „bálintovské skupiny jsou u nás s úspěchem využívány jako jedna z forem supervize v pomáhajících profesích.“ (11, str. 79)

#### ***1.4 Supervizní proces***

„Na počátku celého supervizního procesu by měl být zájem pracovníků o dobrou praxi ve své profesi a naděje, že věci mohou být lepší. Bez této podmínky nemůže supervizor se svými supervizanty začít pracovat.“ (4, str. 40) Zavádíme-li nově supervizi na pracoviště, důležitým krokem pro připravenost personálu je vysvětlit jim celý proces, jeho přínosy a poskytnout dostatečný prostor pro vyjádření, pochybnosti a dotazy. (4)

Veškerými supervizními situacemi se prolínají čtyři hlavní prvky. Supervizor, supervidovaný, jeho klient a kontext práce. Sezení se zpravidla účastní pouze supervizor a supervidovaný. Pojem klient a kontext práce by měl do konverzace vnášet supervidovaný. Supervizor při sezení hodnotí, jak se klient projevoval a s čím se rozhodl svěřit. Cílem je supervidovanému pomoci pochopit jednání a pohnutky jeho klienta a dát si dohromady souvislosti, kterých by si za normálních okolností nevšiml. Pojmy supervizor a supervidovaný budou v práci vysvětleny později. (6)

Uvádím model čtyř hlavních stupňů vývoje supervidovaného dle P. Hawkinse a R. Shoneta, který vznikl integrací několika modelů. V první fázi by se měl supervidovaný zaměřit sám na sebe. Není divu, že dotyčný nejdříve pociťuje úzkost, jelikož má dojem, že jej někdo bude hodnotit. Je zde tendence, že klient bude vzhlížet ke svému terapeutovi jako k autoritě, čehož by se měly obě strany vyvarovat. Pracovníci v prvním stupni vývoje mají sklon soustředit svoji pozornost na klientovu historii a sáhodlouhé popisování stávající situace. Může se zdát, že se proces nikam neposunuje, a proto by se měl terapeut věnovat zejména odstranění klientovi nejistoty, povzbuzovat ho a poskytovat kvalitní zpětnou vazbu. (6)

V druhé fázi supervidovaný již překonal počáteční úzkost, a je potřeba se zaměřit přímo na jeho osobnost. Supervidovaný testuje autoritu terapeuta, někdy se vzpouzí a spatřuje příčinu svých problémů v klientovi či dokonce v supervizorovi. (1, 6)

Ve třetí fázi vykazuje supervidovaný zvýšené sebevědomí, dokáže reálněji hodnotit své cíle a jeho motivace je stabilnější. Cítí se pevnější ve vztahu ke svému klientovi (tedy pacientovi) a dokáže celou situaci vidět v širším kontextu. (6)

Ve čtvrté části vývojového procesu se oba mohou pohodlněji zaměřit na proces v kontextu. Supervidovaný nabyl osobní jistoty a otevírají se mu nové cesty, jak čelit osobním a pracovním problémům. V této fázi dochází k prohlubování znalostí a umění. Je dokonce možné stát se supervizorem. (6)

K důkladnějšímu posouzení procesu supervizního vztahu jsem zvolila model dvojité matice, neboli sedmioký model supervize, který byl poprvé publikován Hawkinsem (1985). Model je založen na tvrzení: „že proces supervize obsahuje dva vzájemně provázané systémy či matice“. (6, str. 76). Terapeutický a supervizní systém, přičemž úkolem supervizního systému je věnovat pozornost tomu terapeutickému a styly supervize se liší v závislosti na tom, jakým způsobem k této pozornosti dochází. (6)

V prvním modu se jedná o obsah supervizního sezení, v této části je úkolem supervizora napomoci supervidovaným uvědomovat si, co se skutečně odehrává. Dle Shainbergové je pro supervidované z počátku velmi těžké snášet neznalost a strach z bezmoci, a to může vést k předčasnému vytvoření názoru, bohužel i v negativním slova smyslu. Shainbergová píše: „Skutečné vědění vychází ze schopnosti v přesných, konkrétních a úplných podrobnostech pozorovat a popisovat, co se děje v přítomnosti.

To je něco jiného než chtít změnit, zbavit se, srovnávat nebo předpokládat neměnné významy toho, co se odehrává.“ (19, str. 164) Domnívám se, že toto tvrzení velmi dobře poukazuje na samotný princip supervizního procesu. Je tedy třeba vést supervidované k přesnému popisu klientů, jejich vzhledu a chování. (6, 19)

Následuje zaměření na strategie a intervence, kdy se supervizor soustředí na to, jaké intervence jeho svěřenec při práci s klientem použil a jaké důvody ho k tomu vedly. Poté společně rozebírají, co se bude dít s klientem dál. (6)

Ve třetím modu dochází k zaměření na terapeutický vztah. V centru dění je systém, který obě strany vytvářejí. Supervizor věnuje pozornost vědomé i nevědomé interakci mezi supervidovaným a jeho klientem. Kladením různých otázek (například: „Proč si Vás klient vybral?) se supervizor snaží postavit se mimo a vytvořit si potřebný nadhled a odstup. (6)

Ve čtvrtém modu se supervize zaměřuje na vnitřní procesy supervidovaného. Jedná se o neuvědomované reakce na klienta, které je potřeba objasnit a pochopit. (6)

Následuje zaměření se na supervizní vztah a zaměření na supervizorův vlastní proces. Supervizor by se měl pokusit hledat příčinu dějů také uvnitř sebe. Sám provádí, co doposud žádal po supervidovaném. Je důležité mít jasno v tom, jaký vztah cítí k supervidovanému a nenechat se ovlivňovat momentálními náladami. (6)

Sedmý modus je věnován širšímu kontextu práce, integrování etických zásad, popřípadě potřeb organizace do procesu supervize. (6)

Souhlasím s Hawkinsem a Shohetem v tvrzení, že „dobrá supervize musí zahrnovat všech sedm modů, přičemž všechny nemusí být nutně použity při každém sezení.“ (6, str. 91) V následujících podkapitolách přiblížím podrobněji čtenáři význam výše používaných výrazů: „supervidovaný“ a „supervizor“.

#### *1.4.1 Osoba supervidovaného*

Dříve než se odhodláme aktivně vyhledat supervizní podporu, je třeba se zamyslet, jaké prostředky jsme doposud používali, abychom účinně odolávali nástrahám stresu a byli schopni klientovi poskytnout tu nejlepší dostupnou péči. V tomto případě je mnohými odborníky doporučováno vzít si kus papíru a nakreslit si svou vlastní mapu podpory, kterou v práci dostáváme. Uprostřed by měla být konkrétní osoba a kolem dokola ostatní symboly, obrázky a diagramy, které tuto osobu



v práci podporují při učení a tvořivosti (kolegové, schůzky, přátelé). Míra podpory na obrázku by měla být vyjádřena vzdáleností od symbolu konkrétní osobnosti. Poté bychom si měli vzít jinou barvu a do mapy zakreslit symboly, které nám brání tyto naše druhy podpory využívat (strach z kritiky, niterní překážky, organizační uspořádání). Až dokončíme naši mapu, měli bychom si zvolit někoho, s kým se o náš obrázek podělíme. Může to být kolega, partner nebo přítel. Druhý člověk by nám měl říci, jak na něj náš náčrt působí a společně se můžeme zamyslet nad tím, jakého typu podpory se nám nejvíce dostává, jaký nám chybí, který je nejdůležitější a tak dále. Dále si můžeme vypracovat plán konkrétních činností, dle kterých bude možno náš systém podpory vylepšit (co, jak, kdy, kde, s kým). Celý tento proces lze nazvat autosupervizí, nebo-li schopností reflektovat svoji vlastní práci. Pokud tedy chceme získat dobrou supervizi, musíme začít samy u sebe. (6)

Úspěšnost supervize ovlivňují oba dva účastníci stejně. Prvotní rozpaky by se měly rozplynout již při dojednávání supervize, kdy dojde k vysvětlení a objasnění jak vše bude probíhat a co od sebe obě strany očekávají. (1, 11)

Supervidovaný by měl být schopen rozpoznat problémy, se kterými se potýká při své práci a s nimiž potřebuje pomoci. Měl by se snažit co nejlépe vyjadřovat a přesně formulovat svá očekávání, přičemž by měl zůstat otevřen k poskytování zpětné vazby. (6, 23)

#### *1.4.2 Osoba supervizora*

Supervizní práce dává příležitost rozvinout vlastní pedagogické schopnosti a pomáhat druhým učit se rozvíjet v práci. Prvním a nejdůležitějším předpokladem supervizora je schopnost zařídít si dobrou supervizi sám pro sebe a zamyslet se nad tím, jaké motivy ho k supervizní práci přivedly. Obecně by měl být supervizor schopen sebereflexe, uvažovat v širších souvislostech, umět „pomoci myslet“ a udržet dané hranice. Měl by také akceptovat úroveň schopností a zkušeností, které supervidovaný má a neočekávat to, čeho není supervidovaný schopen. Dále by měl být empatický, upřímný, vřelý, flexibilní, zvědavý, pozorný a otevřený. Supervizor by však neměl být sebestředný, indiskrétní, neměl by poučovat ani vychovávat. (6, 11, 23)

Vztah mezi supervizorem a supervidovaným pracovníkem není symetrický – úkolem supervizora je držet rámeček, vymezovat prostor, starat se o atmosféru bezpečí,

ale na supervidovaném je vést práci. Supervizor nemá pravomoci k provedení potřebných změn ke zlepšení situace a výkonů pracovníka, jeho intervence lze rozlišit do šesti typů:

1. Předpisující – dávat rady, být direktivní.
2. Informující – být didaktický, instruovat, informovat.
3. Konfrontující – vyzývat, dávat přímou zpětnou vazbu.
4. Katartický – uvolňovat napětí, odreagovávat.
5. Katalytický – být reflektivní, podněcovat vlastní řešení problému.
6. Podporující – uznávat, potvrzovat, oceňovat pracovníka.

Supervize sama o sobě vyžaduje po supervizorovi schopnost umění přepínat ohnisko pozornosti mezi několika oblastmi (dle P. Hawkinse a R. Shoneta „schopnost helikoptéry“) Těchto oblastí je několik: klienti, které supervidovaní popisují; supervidovaní a jejich proces; supervizorův vlastní proces a vtať tady a teď se supervidovaným; klienti v jejich širším kontextu (a pomoc supervidovaným dělat totéž); širší kontext instituce a otázky vztahů mezi institucemi. Naučit se rozvíjet a správně aplikovat tyto dovednosti v praxi, může supervizorovi trvat i řadu let. (6)

### ***1.5 Funkce supervize***

Dle klasického rozdělení A. Kadushina z roku 1976 má každá supervize tři základní funkce: řídicí, vzdělávací a podpůrnou. (7)

Proctorová uvádí podobné rozdělení, přičemž popisuje supervizní procesy v poradenství a užívá pojmy: formativní, restorativní a normativní.(17)

Cílem podpůrné či jinak restorativní funkce supervize je dobré zvládnání profesních nároků. „Podpůrná funkce supervize se vztahuje k prožívání supervidovaného, k jeho pocitům, které vznikají či se projevují ve vztahu s klientem, spolupracovníky nebo v souvislosti s jeho profesní činností obecně.“ (11, str. 17) „Účelem podpory v supervizi je tedy povzbuzení k překonání překážek, budování dobrého vztahu a atmosféry, posílení a zplnomocnění supervizanta.“ (4, str. 52) Podpora umožňuje pracovníkovi či celému týmu lépe pochopit vlastní roli a zvládat její nároky, předcházet jak profesionálnímu selhání, tak syndromu vyhoření, jelikož dochází k ventilaci emocí a sebereflexi. (11)

Vzdělávací neboli formativní funkce se týká rozvoje dovedností, schopností a porozumění. K tomuto napomáhá reflektování a rozebírání práce supervidovaných s klienty. Supervize pracovníkům umožňuje lépe rozumět sobě, klientovi i situaci, a to vše pomocí rozvíjení reflexe a sebereflexe. Učí je pojmenovávat důležitá témata k řešení a dívat se na to, jak intervenují a jaké jsou dopady jejich intervencí. Zlepšuje také komunikační dovednosti. „Z hlediska účelu má tedy vzdělávací aspekt supervize zlepšit odbornou kompetenci pracovníka při práci s klientem.“ (4, str. 52)

Řídící neboli normativní stránka supervize má za cíl usměrňování ve výkonu profesionální role, při práci tedy plní funkci kontroly kvality (souvisí také se zaváděním standardů kvality do organizace). Supervizor by měl citlivě konfrontovat pracovníky s překračováním pravidel, hranic etického chování a dobré praxe, měl by napomáhat k lepšímu uvědomění si a pochopení standardů kvality i jejich významu a nabízet příklady dobré praxe. (4, 11)

### ***1.6 Druhy supervize***

V každé supervizní smlouvě by mělo být jasně stanoveno jakou řídicí, vzdělávací a podpůrnou odpovědnost supervizor ponese. Již při prvním setkání by si obě strany měly vyjasnit, kterou z hlavních kategorií supervize požaduje supervidovaný, a kterou mu je supervizor schopen poskytnout. V některém prostředí má supervizor spíše roli učitele, může vést výcvikovou či učňovskou praxi. Supervizorem může být i náš nadřízený spolupracovník. (1, 6)

Každý supervizor je ovlivněn tím, jakou má roli jako pomáhající pracovník. Pokud má nastudovaný rogersovský přístup, je velmi pravděpodobné, že supervize bude ve stylu nedirektivním a zaměřeném na supervidovaného. Přistupuje-li supervizor ke svému klientovi psychoanalyticky, bude se později snažit odhalit jeho nevědomé procesy. Pokud si v minulosti zajistil behaviorální výcvik, bude se zaměřovat na metody, které supervidovaný při práci používá a na jeho vzorce chování. Tyto styly se samozřejmě dají velice snadno kombinovat. (3, 6)

Jedná-li se o klinickou supervizi poskytovanou zdravotníkům, bylo by na místě, aby supervizor měl dostatek praktických a klinických zkušeností např., aby pracoval, ať již aktuálně či v minulosti, na stejném nebo podobném pracovišti jako jeho klienti a mohl tak lépe porozumět jejich problémům.

### *1.6.1 Supervize přímá a nepřímá*

Při vykonávání přímé supervize je supervizor přítomen při práci pracovníka nebo týmu, a to přímo při rozhovoru s klientem či provádění nějakého skupinového cvičení nebo při vedení porady. Pracovník a supervizor by se měli předem dohodnout, čeho je třeba si všítmat, aby to později při sezení mohli rozebrat. Také je potřeba si ujasnit, smí-li supervizor do živého procesu zasahovat, či má být přítomen pouze jako pozorovatel. (11)

Nepřímá či zprostředkovaná supervize probíhá jen prostřednictvím rozhovoru, lze také použít audio či video záznam. Informace, se kterými se v průběhu sezení pracuje, jsou tedy zprostředkované supervidovaným. (11)

### *1.6.2 Supervize interní a externí*

Interní supervize může být prováděna nadřízeným pracovníkem, jde tedy o supervizi manažerskou a proces se stává nástrojem k řízení organizace. Pojem „interní“ chápeme tak, že supervizi provádí vždy zaměstnanec, který zná pracovní podmínky a prostředí organizace. Dokáže tudíž lépe odhadnout kapacity jednotlivých pracovníků a je schopen uvažovat v reálných hodnotách. Nevýhodou je určitá osobní angažovanost, jelikož například osobní vztahy z kolegy mohou jeho práci výrazně komplikovat. (1, 11)

V opačném případě není supervizor zaměstnancem organizace a se supervidovanými se setkává pouze za účelem supervizního sezení. Výhodou je, že nemusí řešit konflikt rolí a jeho práce není ovlivněna osobními vztahy na pracovišti. Externí supervizor může provádět všechny druhy supervize kromě manažerské a oproti internímu je lépe schopen si udržet určitý nadhled. (1, 11)

### *1.6.3 Individuální supervize*

Spočívá v individuálním kontaktu supervizora a jednoho pracovníka. Obvyklá struktura takového sezení je zmíněna v kapitole „1.4 Supervizní proces“.

#### *1.6.4 Skupinová supervize*

„Skupinovou supervizi lze definovat jako nabídku supervize pro 3 až 12 osob, které nejsou vůči sobě v pracovním konfliktu.“ (4, str. 75) Cílem je profesionální rozvoj jednotlivců s využitím skupinového potenciálu. Důležitým charakteristickým znakem je, že členy spojuje společný pracovní zájem, nemají však společný pracovní úkol, tudíž nejsou vzájemně propojeni vztahy podřízenosti a nadřízenosti. Nyní uvedu výhody a nevýhody ve srovnání s individuální supervizí, tak jak je publikovali Hawkins a Shohet: Jedná se o ekonomické využití času, finančních prostředků i odbornosti supervizora. Práce se skupinou využívá podpůrnou skupinovou atmosféru, pracovníci se mohou snadno podělit o své starosti a úzkosti a zjistit, že nejsou sami, že ostatní členové skupiny řeší podobné problémy. Dále těží z většího počtu reflexí a dostává se jim více zpětných vazeb než při individuálním sezení. Naskytá se příležitost využít různé činnosti techniky a přehrávat situace s klientem na živo. Stejní autoři uvádějí také nevýhody: Skupinová supervize pravděpodobně nebude odrážet dynamiku individuální práce jednotlivce, v supervizi nebudou tak zjevné podvědomé obsahy a paralelní procesy a nebude možné se jimi zabývat. Atmosféra při skupinovém sezení může být další negativní faktor pro práci. Pokud ve skupině vznikne soupeřivá či odsuzující nálada, někteří supervidovaní se necítí dobře a mají obavy se před druhým otevřít. Je nutné odlišit od sebe supervizi skupinovou a týmovou. (4, 6, 11)

#### *1.6.5 Týmová supervize*

„Je zaměřena na činnost a efektivitu týmu jako celku, nikoliv na práci jednotlivce.“ (11, str. 24) Pojem „supervize týmu“ neznamená totéž co „supervize v týmu“. Supervize týmu se zaměřuje na vztahy a role na pracovišti, kompetence jednotlivých pracovníků, mechanismy rozhodování, charakter řízení a celkově na týmovou práci a spolupráci. Pokládá si otázky: co kdo v týmu dělá, jaké jsou v týmu neformální role, jaká je kvalita a vývoj spolupráce mezi členy týmu, co se děje na rozhraní mezi týmem a dalšími lidmi v organizaci, jak probíhá péče týmu o sebe. (1, 4)

V supervizi v týmu hraje tým roli supervizní skupiny, která pracuje na reflexi případu práce s klientem. Členové týmu rozebírají společně případ, diskutují nebo reflektují průběh konzultace s klientem a rozebírají zátěžové a krizové situace. (1, 4)

### *1.6.6 Peer supervize neboli intervize*

U tohoto druhu supervize zpravidla není přítomen supervizor, jedná se tedy o „vzájemné poskytování supervize mezi dvěma či více kolegy na pracovišti, případně mezi pracovníky téže profese.“ (11, str. 27) Setkání může plnit podpůrnou a částečně vzdělávací funkci, nikoliv však řídicí. Celé sezení často probíhá spontánně, bez vytyčeného cíle a pravidel, účastníci tedy mohou lehce sejít z cesty. Je potřeba si ujasnit alespoň základní pravidla, aby sezení mohlo být nazýváno správným jménem a plnilo funkci „peer supervize“. Pracovníci, kteří si vzájemně podporu poskytují, by se měli dohodnout, kdo bude v roli supervizora a kdo supervidovaný. Setkání by si měli alespoň částečně naplánovat a dohodnout základní pravidla. (11)

### **1.7 Supervizní smlouva**

Na počátku supervizního vztahu je potřeba, aby si obě strany ujasnily svá očekávání. Je třeba vzájemně porovnat pochopení účelu supervizního sezení a tyto neshody hned ze začátku vyrovnat. K tomuto dobře slouží tzv. smlouva o supervizi, což je otevřená a jasná dohoda o tom, jak bude supervize probíhat, co bude jejím účelem, kdo nese odpovědnost, kdo je zadavatel, kdo supervizant, kdo supervizor. Kontrakt má dále obsahovat následující prvky:

- podmínky poskytování supervize (délka sezení, frekvence, místo)
- odpovědnost supervizora
- odpovědnost supervidovaných
- způsoby informování (musí být předem alespoň zhruba určeno, jak zacházet s informacemi, které vyšly na povrch během supervize, platí také pravidlo mlčenlivosti)
- kritéria úspěchu supervize (stanovení měřitelných znaků, podle kterých budeme posuzovat úspěšnost supervize)
- časový plán

Supervizní smlouva může být formální tzn., že je uzavřena platná supervizní smlouva, či neformální, tzn., že obě strany se pouze slovně dohodnou na vzájemných očekáváních. (4, 6)

Při zavádění supervize do organizace je tvorba kontraktu velice důležitá. Dle P. Hawkinse a R. Shoheta hraje významnou roli při zavádění supervize do organizace tzv. „kultura organizace“. „Jedná se o soubor nevyjádřených postojů, hodnot a oceňovaného či sankciovaného chování v organizaci.“ (4, str. 66) Příznivé podmínky pro supervizi mají vznikat v kultuře „učící se organizace“. To obnáší podporu vzájemného učení mezi lidmi (vědomě a trvale), vzdělané pracovníky, podporu výměny informací mezi zaměstnanci, rozvíjení organizace práce a akceptaci nových myšlenek a změn. (4)

Na uzavírání kontraktu se může podílet supervizor, iniciátor supervize, zadavatel supervize, popřípadě zástupce týmu či skupiny supervidovaných. Jedná-li se o supervizi individuální, smlouvu uzavírají dvě osoby: supervizor a supervidovaný. (1, 4)

### ***1.8 Historie supervize ve světě***

Supervize, jako nástroj zkvalitnění práce, je spojena s vývojem pomáhajících profesí od konce 19. století. Termín se začal používat v anglosaském světě ve spojení s tzv. Charity Organization Society, která byla založena v roce 1871 v New Yorku. Supervizoři byli nápomocni dobrovolníkům, kteří vykonávali povolání tehdejšího sociálního pracovníka, sbírali informace a podklady o sociálních případech a společně se supervizorem je řešili. Předchůdci dnešních supervizorů plnili všechny funkce supervize (viz 1.5 Funkce supervize).(5)

Jedním z otců dnešní sociální práce byl farář Samuel Barnett, zakladatel prvního komunitního centra v Londýně (1883). Zavedl pravidelné týdenní pohovory s pomocníky komunitního centra. Sezení probíhalo mezi čtyřma očima, dá se tedy vnímat jako soudobá individuální supervize. Většinou byl supervizor postaven do role nadřízeného, který zodpovídal za kvalitu práce a pomáhal pracovníkovi řešit problémové situace. Tento model supervize dodnes v anglosaském světě převládá. (5)

Ve 20. a 30. letech minulého století měla v sociální práci významný vliv Freudova psychoanalýza a spolu s ní rovněž i psychiatrie. Pohovory byly zprvu vedeny neformálně mezi začínajícím terapeutem a zkušenějším kolegou. Freudem později zavedené „porady personálu nad případem“ byly propracovány jako skupinová supervizní sezení. Případ byl pracovníkem v přítomnosti supervizora prezentován,

analyzován a pracovníkovi byl doporučen další postup. Metoda se pak stala modelem pro dnešní skupinovou a později i týmovou supervizi. (14)

V USA se supervize vyvíjela poměrně plynule. V oblasti práce pomáhajících profesí byla aplikována do různých oborů (poradenství, klinická práce, práce se závislými). V Evropě její vývoj souvisel především s výcviky v psychoterapii, ale od 70.let začalo docházet k postupnému ustavení supervize jako samostatné profese. Nejstarší kurzy supervize na evropském území se údajně konaly v Holandsku v roce 1955, koncem 60.let ve Švýcarsku a v Německu v roce 1969. Později začaly vycházet i odborné časopisy na téma supervize.

Velmi důležitou událostí v evropské historii supervize je založení Evropské asociace pro supervizi (European Association for Supervision) v červenci 1994, s cílem profesionalizovat supervizi zejména sdružováním a vzděláváním supervizorů, zaváděním nových metod a tvorbou standardů v oblasti supervize.

### ***1.9 Historie supervize v České republice***

Ve světě má supervize stoletou tradici. V České republice nacházíme první zmínky o supervizi od 50. let minulého století, kdy se supervize stala součástí vzdělávání při psychoanalýze.(22)

V roce 1967 byl založen vzdělávací systém SUR, kde se dodnes provádí supervize ve výcvikových skupinách a supervize výcvikového týmu vedoucích komunit. Zakladateli této organizace byli Jaroslav Skála, Eduarda Urban a Jaromír Rubeš. V roce 1981 začal první tříletý výcvik ve vedení bálintovských skupin (Kabinet pro vzdělávání v psychoterapii), v roce 1983 absolvovalo prvních 16 účastníků. V dalších letech pokračovaly a stále pokračují výcviky ve vedení bálintovských skupin, zejména na půdě Pražského psychoterapeutického institutu (dříve Kabinet). Účastní se lékaři, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové a zdravotní sestry. Po roce 1989, kdy se konala světová konference psychoterapie v Amsterdamu, k nám přijíždějí první supervizoři ze zahraničí. Jednou z prvních byla německá psychoanalytička Maria Rohde, která u nás a na Slovensku vedla supervizi pro bálintovské vedoucí. Na půdě Pražského psychoterapeutického institutu začal pod jejím vedením probíhat výcvik v supervizi vedení skupinové psychoterapie. (31)



V roce 1995 proběhlo v Jánských lázních sympozium o supervizi v psychoterapii, které se neslo v duchu výměny různých supervizních zkušeností. Svě poznatky a zkušenosti zde předvedli pozvaní psychoanalytici, rodinní terapeutové, rogeiráni, gestaltterapeuté, ericksonovci, kognitivně-behaviorálních terapeutové i transakční analytici. Výstupem tohoto sezení byl sborník sdělení ze sympozia s názvem Supervize (u nás první ucelenější text o tomto tématu). (22)

V druhé polovině devadesátých let se supervize začala postupně zavádět do systému komunitní péče o duševně nemocné, v Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví v Praze. I když vlastní význam pojmu nebyl všem zcela jasný, začal se požadavek supervize stávat součástí programů v oblasti sociální a zdravotní péče v rámci udělování grantů. Vlastní pojem byl chápán spíše jako dohled či dozor nad vykonanou prací. Dále v tomto období začaly probíhat krátkodobé kurzy supervize pro sociální pracovníky a začala přicházet spousta podnětů ze zahraničí, například s Německa, Velké Británie či Irska. V České republice se Z. Havrdová pokouší zavést vysokoškolskou výuku „rozvojové supervize“ na Fakultě sociálních věd. (22)

V roce 1997 byl díky České psychoterapeutické společnosti a Evropské Asociaci pro psychoterapii zařazen požadavek supervize do systému akreditace komplexních vzdělávacích programů pro psychoterapii ve zdravotnictví. Pod záštitou Pražského psychoterapeutického institutu a Českou asociací pro transakční analýzu proběhl první systematický výcvik v integrativně pojímané supervizi, který vedla transakční analytička Julie Hewson z Velké Británie (členka Evropské asociace pro supervizi). Absolventi, kteří prošli tímto kurzem, získali mezinárodní osvědčení supervizorů EAS a několik z nich získalo oprávnění vzdělávat další supervizity. Proběhly ještě další dvě výcvikové skupiny, vždy ve spolupráci s Julií Hewson. Skupina účastníků z prvního výcviku začala navazovat kontakty se zahraničními institucemi a podílela se na organizaci dalších kurzů. Toto snažení vyústilo v roce 2002 vznikem výcvikového institutu pro supervizi. (22, 31)

### *1.9.1 Český institut pro supervizi (ČIS)*

Institut byl založen na ustavující valné hromadě padesáti řádných členů 4. listopadu 2002 a registrován ministerstvem vnitra v lednu 2002. Zde byly schváleny stanovy institutu a složení první správní rady. Jedním z hlavních cílů institutu bylo

získat od Evropské asociace pro supervizi (dále EAS) akreditaci pro výcvik supervize. To se podařilo 8.března 2003 na výjezdním zasedání výboru EAS v Praze. V květnu téhož roku pak proběhly závěrečné zkoušky dvou výcvikových skupin za účasti pozorovatelů z EAS Sheily Ryan (Velká Británie) a Julie Hewson. (28)

Mezi hlavní cíle institutu patří „nabízet kvalitní výcvikový program v integrativní supervizi (akreditovaný EAS). Jeho součástí je konzistentní integrující teorie, seznámení s principy a modely supervizní práce i vlastní sebezkušenost, čítající okolo 500 hodin v průběhu tří let“. (28) Dále poskytovat supervizorům dostatek prostoru k dalšímu rozvoji odbornosti pomocí seminářů. ČIS se snaží přispívat ke zkvalitnění práce v oblasti pomáhajících profesí a spolupracovat při vypracování a zdokonalování standardů týkajících se kvality supervize a profesionální etiky. V neposlední řadě se podílí na výzkumu v oblasti supervize, publikační a překladové práci. (28)

### ***1.10 Zdravotní pracovník pracující na oddělení ARO/JIP***

Sestra profesionálka by měla být samostatná, schopna přijímat velkou zodpovědnost, měla by aktivně hájit zájmy pacienta a pečovat o něj s maximálním akceptováním jeho důstojnosti a intimity. Další předností by měla být její důvěryhodnost, kterou vnímá především pacient a jeho rodina. V návaznosti na chování sestry se mění prožívání pacienta při pobytu v nemocnici. Chová-li se setra citlivě a vstřícně, pacient se cítí klidněji a dochází k vzájemnému posilování jejich vzájemného vztahu. Za takových podmínek dochází k urychlení terapeutického i edukačního efektu celého ošetřovatelského procesu. Výše zmíněné aspekty chování tedy velice ovlivňují kvalitu péče. V konceptu moderního ošetřovatelství má sestra pět hlavních rolí. Sestra pečovatelka, edukátorka, obhájkyň nemocného, koordinátora a asistentka lékaře. (10, 18, 20)

Její povinností je obsáhnout při svém povolání všechny role a vykonávat svou práci, jak nejlépe dovede. Toto není vždycky snadné, jelikož povolání sestry sebou nese mnoho aspektů, které ovlivňují i její soukromý život. Na změny, které obnáší život zdravotního pracovníka se musí jedinec adaptovat. Pracuje se vždy, výjimkou nejsou víkendy ani svátky a noční služby. Sestra je vystavena mnoha rizikům: práce s nebezpečnými léky a desinfekčními prostředky, možnost nakažení se infekční

nemocí atd. Kromě těchto musí zdravotní pracovník často pracovat v nevyhovujících podmínkách, např. na ARO/JIP je stále hluk; dále pracuje v časové tísní, stravuje se nepravidelně a je časově přetížen.

Zevní podněty přicházející z pracovního prostředí mohou být příčinou vzniku citové reakce, která je doprovázena somaticky. Různé konflikty na pracovišti, citové napětí, strach, úzkost či dlouhodobý stres jsou psychologické faktory, které často předcházejí vzniku některého z vážných somatických onemocnění. (27)

### ***1.11 Příčiny psychického zatížení zdravotního pracovníka na ARO/JIP***

Příčinou psychického napětí jsou vysoké nároky na psychické stavy a procesy v těle zdravotníka. Je neustále zapojen do děje na oddělení, musí bedlivě sledovat změny zdravotního stavu u pacienta, všimnout si projevů chování a spojovat je s diagnózami, které má pacient zanesené v dokumentaci. Často se musí soustředit na různé činnosti, které vyžadují přesnost a zároveň přesouvat pozornost z jednoho výkonu na druhý, přičemž nesmí udělat žádnou chybu. Spousty věcí si musí zdravotník zapamatovat, kdy co kam zapsat, a musí si umět dobře naplánovat, jaká činnost má momentálně přednost a co lze odložit na pozdější dobu. (18)

Často se stává, že sestra musí sama vyřešit situaci týkající se náhlého zhoršení pacientova stavu, či ohrožení života. V takové situaci je nutno co nejdříve vše zhodnotit, zvolit správný způsob řešení a neprodleně jednat. Účelné jednání předpokládá i dobré odborné vědomosti. (18)

Sestra se při ošetřování pacientů se setkává s různými lidmi, u nichž nemoc může zvýraznit charakterové rysy. U některých ty kladné, u jiných pacientů však spíše negativní: sobectví, netrpělivost, nesnášenlivost, agresivitu, panovačnost aj. Člověk má tu vlastnost, že prožívá libě nebo nelibě nejen události, týkající se jeho osoby, ale i bolesti a starosti druhého člověka, nemluvě o umírání a smrti. (18, 21)

Na anesteziologickém oddělení nebo na oddělení intenzivní péče je nutno pracovat jako tým. Jestliže zdravotníci plní své úkoly v pozitivní atmosféře a mají dostatek pozitivních motivací, tak dosahují překvapivě podnětných výsledků. Je-li atmosféra na pracovišti vypjatá, vzniká ponorkový syndrom a hrozí, že se tým rozpadne. V takovém případě je vhodnou prevencí právě využití balintovských skupin či přímo klinické supervize. Jelikož zdravotní personál pracující v anesteziologii,

resuscitaci a v intenzivní medicíně představuje vzdělaný lidský potenciál, jehož ztráta vlivem podceňování rizik znamená dlouhodobý a zbytečný propad v kvalitě vysoce specializované ošetrovatelské péče, je třeba tomuto tématu začít věnovat větší pozornost a nepodceňovat jej. (14, 18, 21)

Má-li sestra dobře pracovat, má-li pečovat o pacienty a být jim podporou, pak je zapotřebí, aby i ona sama byla v dobrém stavu. (9, str. 9) Není-li zdravotní pracovník ve své práci spokojen, začne-li na sobě pociťovat vyčerpání a netečnost, což jsou první příznaky syndromu vyhoření, je třeba něco s tím rychle udělat. (9)

### ***1.12 Syndrom vyhoření***

Jak již bylo zmíněno v úvodu, pokud se nám nedostává dostatečné podpory, snadno se může přihodit, že se v nás začnou hromadit negativní faktory naší práce s klientem. Vstřebáváme více citového rozrušení, než jsme schopni pojmout a začínáme být prací přetížení.

Pojem vyhoření není nemoc, kterou lze snadno rozpoznat nebo diagnostikovat, jedná se o dynamický proces, který velmi často začíná již v počátcích kariéry. Je charakterizován jako: „Stav tělesného a emočního vyčerpání s nedostatkem zájmu o práci a nízkou důvěrou v druhé, depersonalizace klientů, odsuzování sebe samého, nízká pracovní morálka a hluboký pocit selhání.“ Na psychické úrovni se jedná zejména o tyto symptomy: únava, utlumení celkové aktivity, převažující depresivní naladění, pocit smutku, frustrace, beznaděje, projevy negativismu. Zcela klesá zájem o problémy a témata týkající se profese, zdravotní pracovník trpí sebelítostí a prožívá intenzivně pocit nedostatku uznání. Na fyzické úrovni dochází k celkové únavě, ochablosti a apatii, k poruchám spánku, krevního tlaku a bolestem hlavy. Celkově se pracovník jeví jako apatický k hodnocení ze strany jiných osob, neprojevuje empatii a postupně dochází ke konfliktům s kolegy. (9, 15)

„Burn out syndrom“ je proces vznikající v důsledku mnoha okolností, postupně se plíží a může trvat i několik let. „Vyvíjí se v několika fázích. Ve fázi nadšení přichází sestra se snahou pomáhat a poskytovat nejlepší péči trpícímu člověku i nad rámec svých pracovních povinností. Nadšená motivace se časem otupí, nastává fáze stagnace – sestra slevuje ze svých ideálů, pracovní požadavky ji obtěžují a unavují, vyhýbá se pacientům. Další fáze je fáze frustrace, sestra je povoláním zklamaná.

Nastupuje apatie – zdravotník udělá jen to nejnnutnější, je k pacientům nevlídný, pacienti ho nezajímají. Ve fázi vyhoření dochází k naprosté lhostejnosti a objevují se somatické i psychické poruchy.“ (20, str. 73).

Rizikové faktory syndromu vyhoření jsou právě vysoké nadměrné požadavky na výkon, prožívaný stres či agrese. Identifikace syndromu vyhoření vychází z pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se burn out syndrom začíná projevovat. Zdravotní pracovník, postižený syndromem vyhoření, si nedokáže poradit sám a potřebuje pomoc druhých. V akutní fázi je vhodný dostatek odpočinku a odstup od příčinné situace. Doporučuje se změna pracoviště, jednosměnný provoz, zkrácení pracovní doby apod. (1, 9)

Je vhodné otevřít při různých sezeních pracovních týmu tento problém, protože jsou jím ohroženi i ostatní spolupracovníci. Je důležité o takovýchto problémech hovořit a raději než je řešit, jim rovnou v průběhu pracovního procesu předcházet. (20, 21)

### ***1.13 Pojem a definice klinické supervize***

Jelikož je mým cílem se dále blíže věnovat práci sester a jejich potřebě supervize, za nejužitečnější považuji definici klinické supervize od Bonda a Hollanda: „Klinická supervize je pravidelné usnadnění klinické praxe s možností hloubkové reflexe. Jejím cílem je umožnit supervidovanému dosáhnout, podporovat a kreativně vyvíjet vysokou kvalitu péče.“ (1, str. 12) Ztotožňuji se také s definicemi klinické supervize dle Havrdové a Hajného, je jich několik: „Výměna zkušeností mezi profesionály z praxe sloužící k podpoře jejich profesionálních dovedností.“ „Na praxi zaměřený profesionální vztah, v němž dochází k reflexi vlastní práce s pomocí kvalifikovaného supervizora.“ „Proces umožňující profesionálům prostřednictvím druhé osoby získat nový pohled na vlastní klinickou práci a na vlastní reakce s touto prací spojené.“ (4, str. 177, 178)

Je potřeba, aby klinická supervize byla více zaměřena na ošetrovatelské a lékařské postupy a na dobrou volbu správných intervencí. Má taktéž tři hlavní funkce: řídicí, vzdělávací a podpůrnou. Cílem řídicí funkce je, aby zdravotníci znali své pracovní kompetence, plně chápali svou pracovní roli a byli schopni za své jednání nést odpovědnost. Vzdělávací funkce má za úkol zdůrazňovat reflexi a aplikovat

teoretické znalosti do vlastní praxe. Zdravotníci, kteří se často setkávají s bolestí, bezmocí a smrtí, potřebují podpořit. Podpůrná funkce klinické supervize jim umožňuje se odreagovat a ventilovat své emoce. (4)

#### ***1.14 Potřeba klinické supervize zdravotního pracovníka na ARO/JIP***

Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán. Některé z motivů jsou silnější než ostatní. „Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá...Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.“ (24 str. 14)

Potřeby jsou v systému organizovány podle své naléhavosti, od nejnižších po nejvyšší. Potřeba seberealizace je hierarchicky postavena nejvýše a vyžaduje tedy uspokojí všech nižších. Seberealizující se jedinec musí být všeobecně uspokojen a duševně zdrav. Pro mou práci jsou důležité právě vyšší potřeby: potřeba uznání, ocenění a sebeúcty a potřeba seberealizace a sebeaktualizace. Zdravotní pracovník chce realizovat své schopnosti a záměry, chce být ve své práci dobrý, to znamená, že nejprve musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že danou činností dělá dobře. Teprve poté se cítí naplněn, duševně uspokojen a motivován pro další činnost. Dle mého názoru napomáhá proces klinické supervize tuto potřebu kvalitně rozvíjet. (24) (příloha č.4)

#### ***1.15 Klinická supervize v Českém ošetrovatelství***

Přestože ošetrovatelství v České republice prochází řadou změn, stále se dostatečně nevěnuje tématu klinické supervize. Neustále se snažíme zvyšovat kvalitu poskytnutých služeb, vytváříme standardy, zavádíme nové formy kontinuálního vzdělání, a to vše s hlavním cílem poskytnout pacientovi tu nejlepší dostupnou péči. Přesto státní zdravotní organizace jako nemocnice a léčebny vyhledávají supervizi jen minimálně, možná proto, že stále přetrvává domněnka, že se jedná o formu kontroly, jejímž účelem je pouze kritizovat. V cestě zavádění klinické supervize do praxe stojí také všeobecná nepřipravenost na změny a nedostatečná informovanost. (4, 5)

### ***1.16 Klinická supervize ve Velké Británii***

Klinická supervize v Anglii má své kořeny v porodnictví, v psychiatrii a v oblasti péče o dítě. Ještě dříve než začal být používán tento pojem, doprovázela supervize každodenní praxi porodních asistentek (kolem roku 1902). Termín supervizor se začal používat zhruba v roce 1936, kdy nahradil osobu, která byla na pozici dozorce či nadřízeného porodní asistentky. Jeho úkolem bylo dohlížet a přejímat odpovědnost za svou svěřenkyni v rámci dodržování daných nařízení. (1, 4)

V současné době je klinická supervize ve Velké Británii podporována státem pro všechny pracovníky, pracující ve sféře pomáhajících profesí pod záštitou NHS (National Health Service). Jeho součástí je CPD (Continuing Professional Development), což je program kontinuálního profesionálního vývoje a celoživotního vzdělávání. Další organizací, která se významně podílí na podpoře začlenění klinické supervize do praxe je Nursing and Midwifery Council (NMC), sdružení porodních asistentek a zdravotních sester. Proces klinické supervize ještě není ve všech zdravotních organizacích úplně zažitý, ale troufám si tvrdit, že se úspěšně aplikuje do praxe v mnohem větším měřítku než v Čechách. K velkému rozmachu integrace klinické supervize do britského zdravotního systému začalo docházet již v poslední dekádě minulého století. Názorů na dané téma je mnoho, jelikož nikde nejsou přesně dané předpisy a stanovení, jak by měla klinická supervize vypadat. Od 90. let 20. století začaly být ve větší míře publikovány články, témata, diskuze a knihy týkající se klinické supervize. Jejich obsahem jsou spíše postupy a doporučení, ne striktní pravidla a řád. (1)

Každá nemocnice, která je součástí národního zdravotního systému, má povinnost vydávat pro své zaměstnance „supervizní manuál“. Jedná se o soubor informací, které by měly zdravotního pracovníka informovat, k čemu je klinická supervize užitečná pro zaměstnance, pro organizaci a pro pacienta.

### ***1.17 Klinická supervize jako součást organizace***

Klinická supervize není exaktní věda, a proto je velice složité jakýmkoliv způsobem změřit její efektivnost. Jejím hlavním cílem je redukovat u pracovníků stres a předcházet syndromu vyhoření. Je-li aplikována do praxe, rovněž klesá počet absencí

a nemocnosti na daném pracovišti. Zdravotní personál si je více jist svou prací. Pokud je něco špatně, proces nekončí pouze u obviňování sebe sama, ale je možnost se o potíže s někým podělit a situaci tak vyřešit. Největší benefit z toho všeho pak sklízí pacient, o kterého se supervidovaný stará. (1, 2, 4)

Tím, že ve zdravotnickém zařízení funguje proces klinické supervize, dává organizace najevo, že si svých pracovníků dostatečně cení. Naskytuje se tak možnost přijímat a zaměstnávat na pracovišti personál s vyšším stupněm vzdělání. Samotný proces je motivujícím prvkem, podporuje zdravotní personál se dále vzdělávat a aktivně se účastnit na organizačních změnách. U zaměstnanců pak dochází k rozvoji pocitu odpovědnosti v širším slova smyslu. V rámci sezení lze projednávat i např. pocit bezpečí na pracovišti. Zaměstnanci by se pak měli cítit více odpovědny a jejich poznámky a návrhy mohou výrazně přispět ke zvýšení bezpečnosti práce či tvorbě nových standardů, které později usnadní práci i jejich kolegům. Při supervizích sezení lze obezřetně řešit stížnosti a výtky vůči organizaci a společně nacházet pozitivní východiska. Pokud je supervizní podpora poskytnuta většině personálu a námitky přicházejí z více stran, lze problém pak řešit přímo s vedením a ne tak, jak je obvykle zvykem, že si pracovníci o tom povídají jen mezi sebou a vznikají další nesváry a rozepře. K dosažení úspěchu v rámci organizace je důležité vše si řádně promyslet, rozvrhnout a naplánovat. (1, 6, 12)

Na začátku je potřeba si stanovit jasné cíle supervizního programu. Musí být přesně identifikovány cílové skupiny supervize, tj. přesně určit profil supervizora i supervidovaného. V případě zavádění klinické supervize na jednotku intenzivní péče by supervizor měl mít patřičné zdravotnické vzdělání, nejlépe praxi v oboru intenzivní medicíny. Dále je potřeba zajistit, aby obě skupiny správně porozuměly celému procesu a cílům, kterých chceme jako organizace dosáhnout. V této fázi je vhodné identifikovat potencionální překážky a předběžně naplánovat jejich možná řešení. Zaměstnancům můžeme nabídnout kurz o supervizi, kde dostanou základní schéma a ujasní si význam pojmu a jeho přínosy. Není od věci pozvat někoho, kdo již podobnou supervizi dostával, aby předal kolegům z praxe své zkušenosti. (4, 26)

Důležitým předpokladem je, že každé setkání bude probíhat individuálně, dle potřeb a schopností jednotlivých účastníků. K tomuto účelu by měla být v této fázi přípravy předem navržena a do detailu propracována supervizní smlouva, kde budou jasně uvedeny hlavní a vedlejší cíle, struktura klinické supervize (model, doba trvání,



častost setkání). Dále by měla být navržena témata, která chceme pomocí supervize řešit nebo nějak pozitivně ovlivňovat. (26)

Neméně důležité je určit strategii pro výběr supervizorů a supervidovaných. Volba vhodného supervizora je jednou z nejdůležitějších cest k úspěchu. Organizace by si měla stanovit přesná kritéria, jež by měl vhodný kandidát splňovat (požadavek na praxi v oblasti klinické supervize, odpovídající vzdělání a praxe ve zdravotnictví, ochota a nadšení pro práci). V tomto bodě je také třeba vymezit platební podmínky a zvážit, zda máme k dispozici interního supervizora či se budeme poptávat za hranicemi organizace. (1, 26)

Vybranému kandidátovi bychom měli zajistit dostatečný přísun informací. Ujistit se, zda jeho znalosti a schopnosti odpovídají našim současným potřebám, zajistit mu popřípadě doplnění vzdělání a dále se podílet jeho aktualizaci.

V neposlední řadě je třeba si stanovit hlavní cíle, kterých chceme pomocí klinické supervize dosáhnout a to například v oblasti péče o klienta, osobního a profesionálního růstu zaměstnanců a profity z hlediska celé organizace. (26)

## **2. Praktická část**

### **2.1 Cíle práce**

#### Cíl č.1

Zjistit, zda zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii mají povědomí o pojmu „klinická supervize“.

#### Cíl č.2

Zjistit, zda zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii dostávají klinickou supervizi.

#### Cíl č.3

Zjistit, zda zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii shledávají supervizi jako užitečnou součást své práce.

#### Cíl č.4

Určit, které aspekty klinické supervize zdravotničtí pracovníci z jednotek intenzivní péče ve Velké Británii nejvíce oceňují.

#### Cíl č.5

Zjistit, zda zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii shledávají svoji práci psychicky náročnou v souvislosti s denní intenzivní péčí o klienta.

## **2.2 Předpokládané hypotézy**

### Hypotéza č.1

Více než polovina respondentů (více než 50% zdravotnických pracovníků), kteří pracují na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii má povědomí o pojmu „klinická supervize“.

### Hypotéza č.2

Více než polovina respondentů (více než 50% zdravotnických pracovníků), kteří pracují na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii dostávají supervizi pravidelně, v intervalu jeden měsíc.

### Hypotéza č.3

Zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii shledávají jako užitečnou součást své práce každé druhé supervizní sezení.

### Hypotéza č.4

Jedna třetina respondentů (33,3% zdravotnických pracovníků) si cení klinické supervize, jelikož jim umožňuje poskytovat vyšší kvalitu péče klientům.

### Hypotéza č.5

Zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii shledávají svou práci vysoce psychicky náročnou, jelikož jsou v kontaktu s klientem intenzivně každý den více než 50% pracovní doby.

### **3. Metodika výzkumu**

#### ***3.1 Výzkumná sonda ve Velké Británii***

K tomu, aby bylo zjištěno, jaká je potřeba supervize u zdravotnického personálu na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii, byla zvolena metoda dotazování, technika výzkumné sondy. V dotazníku tedy nejsou uvedeny identifikační údaje – věk, pohlaví a vzdělání, aby byli respondenti ušetřeni přemíře otázek.

Dotazník je strukturovaný, zcela anonymní a dobrovolný. Obsahuje 17 otázek, u kterých bylo možno zaškrtnout zvolené odpovědi. 14 otázek je uzavřených, respondenti měli možnost zaškrtnout pouze jednu zvolenou odpověď. 2 otázky jsou výčtové s nabídkou odpovědi ano/ne a 1 otázka je otevřená.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného vzorku***

Výběr vzorku respondentů byl založen na dobrovolnosti a zájmu o účast na výzkumu. Podmínkou bylo, aby respondentem byl zdravotní pracovník z oddělení intenzivní péče či z anesteticko-resuscitačního oddělení. Dotazník byl zcela anonymní.

Celkový počet všech rozdaných dotazníků byl 70. Byly dotazováni zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče v období od 1.srpna do 31. září 2008.

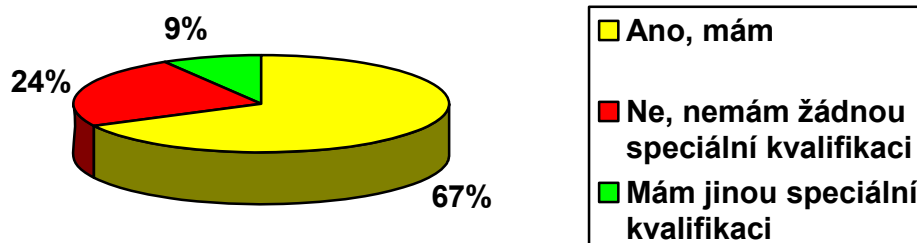
Výzkum byl proveden ve Velké Británii, v nemocnici Queen Alexandra ve městě Portsmouth na odděleních intenzivní péče pro dospělé a pro děti. Ze 70 dotazníků se jich zpět vrátilo 46, což je 66 % návratnost.

#### 4. Výsledky výzkumu

Tato část zahrnuje vyhodnocení získaných informací. Celkem bylo vyhodnoceno 46 dotazníků. K prezentování výsledků jsem použila dva typy grafů (výšečový a sloupcový), tabulku a kontingenční tabulky. Každý graf či tabulka jsou pojmenovány dle zkoumané problematiky. Výsledky jsou vyhodnoceny v procentech i v reálných číslech.

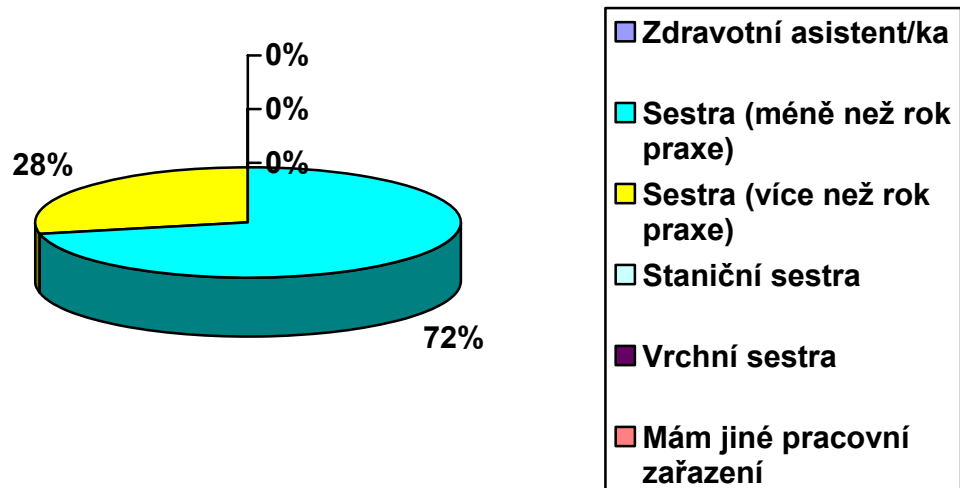
##### 4.1 Výsledky výzkumné sondy

Graf 1 Specializace v intenzivní péči



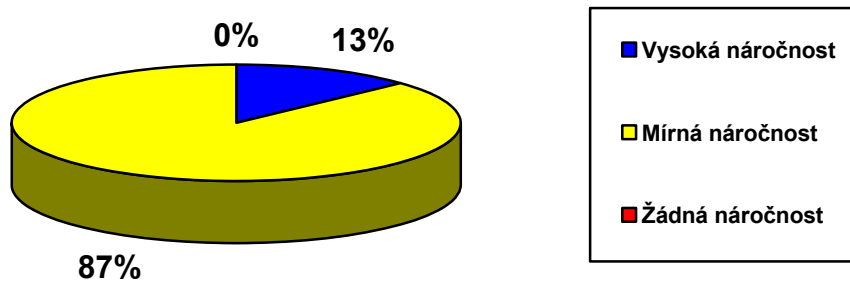
Z celkového počtu respondentů 46 má specializaci v intenzivní péči 31 (67%) dotázaných, 11 (23%) zdravotnických pracovníků nemá žádnou a 4 (8%) respondenti mají jinou speciální kvalifikaci, z toho 2 odpověděli PGDE (absolvování jednoletého učitelského kurzu).

Graf 2 Pracovní pozice



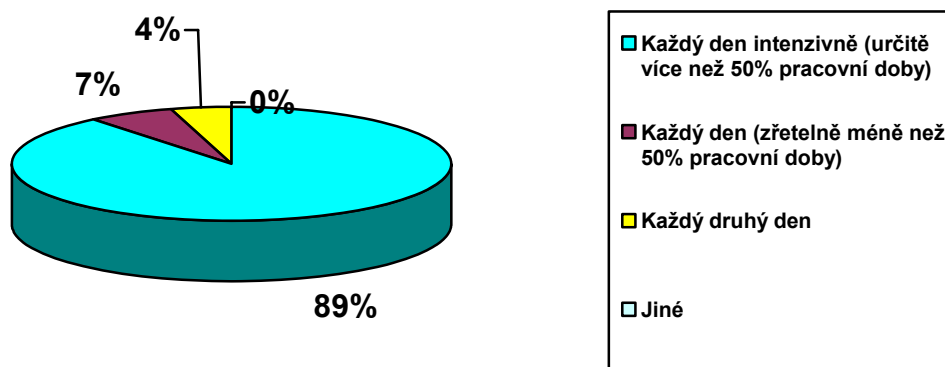
33 (72%) respondentek z celkového počtu 46 pracuje na pozici sestra s méně než roční praxí a 13 (28%) sester pracuje jako sestra s více než roční praxí. Pracovní zařazení zdravotní asistent, staniční sestra, vrchní sestra či jiné, nikdo z respondentů neobsadil.

Graf 3 Duševní náročnost práce na jednotce intenzivní péče



Pro 40 (87%) respondentek je duševní náročnost práce na jednotkách intenzivní péče mírná, 6 (13%) sester tuto náročnost ohodnotilo jako vysokou a pro zbývající možnost „žádná náročnost“ byl počet odpovědí 0.

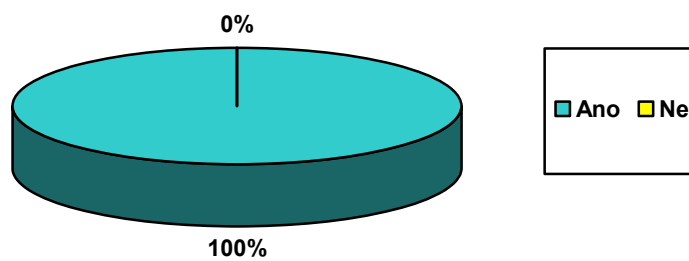
Graf 4 Častost přímého kontaktu s klientem



Z celkového počtu respondentů 46 se 41 (89%) zdravotnických pracovníků setkává s klientem denně intenzivně (určitě více než 50% pracovní doby), 3 (7%) respondenti každý den (zřetelně méně než 50% pracovní doby) a 2 (4%) každý druhý den. Možnost odpovědět „jiné“ nevyužila ani jedna z dotázaných.

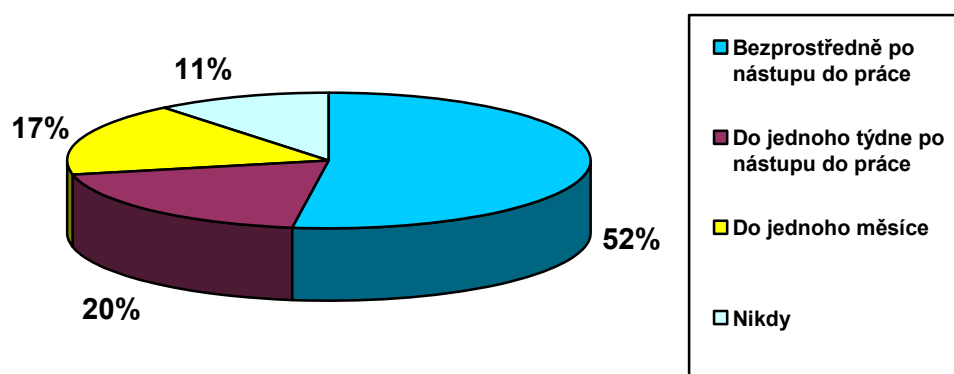


Graf 5 Povědomí sester o pojmu „klinická supervize“



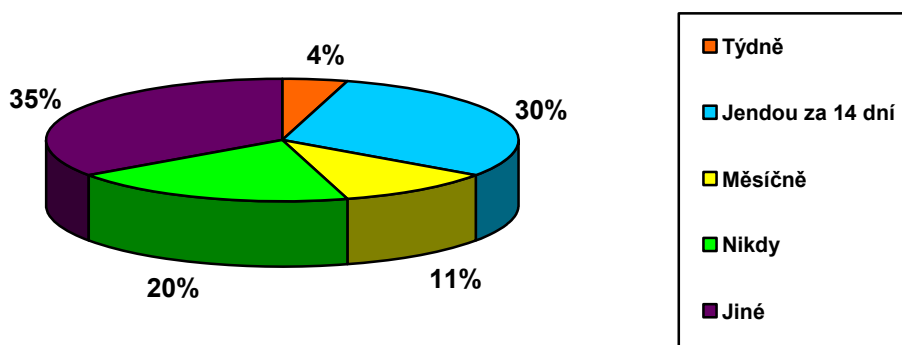
Všichni respondenti (což je 46 sester) mají povědomí o pojmu „klinická supervize“.

Graf 6 Doba, kdy byl zdravotním sestřám přidělen supervizor (po nástupu do práce).



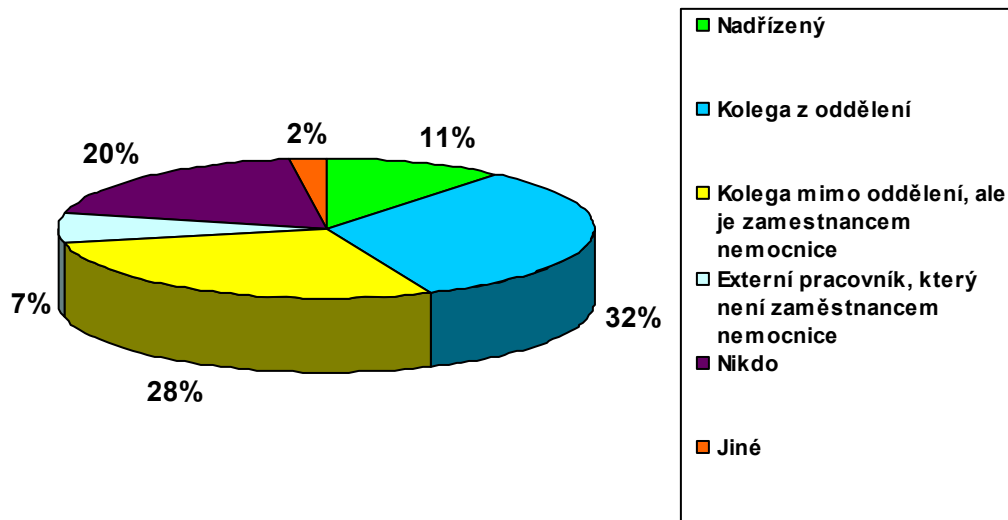
Z celkového počtu 46 byl 24 (52%) respondentkám supervizor přidělen bezprostředně po nástupu do práce, 9 (20%) respondentek dostalo svého klinického supervizora do jednoho týdne od nástupu do práce, dalších 8 (17%) respondentek do jednoho měsíce a pěti (11%) zdravotním sestřám nebyl klinický supervizor přidělen nikdy.

Graf 7 Pravidelnost supervizních setkání



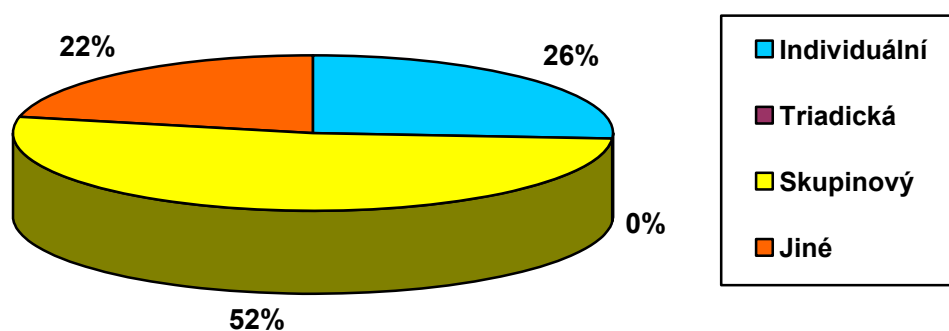
Celkový počet dotázaných je 46. 2 (4%) respondentky navštěvují supervizní sezení jednou týdně, 14 (30%) respondentek jednou za 14 dní, měsíčně dostává supervizi 5 (11%) zdravotních pracovníků, 9 (20%) respondentů, kteří pracují na jednotkách intenzivní péče, nedostává pravidelně žádnou supervizi. 16 (35%) zdravotních pracovníků zvolilo možnost jiné a to tak, že u 4 je supervize poskytována pravidelně měsíčně, ale účast je dobrovolná. Jeden respondent navštěvuje supervizora jednou za dva měsíce. Další jednotlivec jednou ročně. Zbýlých 12 respondentů má k dispozici supervizi nepravidelně, dle potřeby a po domluvě se svým supervizorem.

Graf 8 Osoba, která poskytuje klinickou supervizi



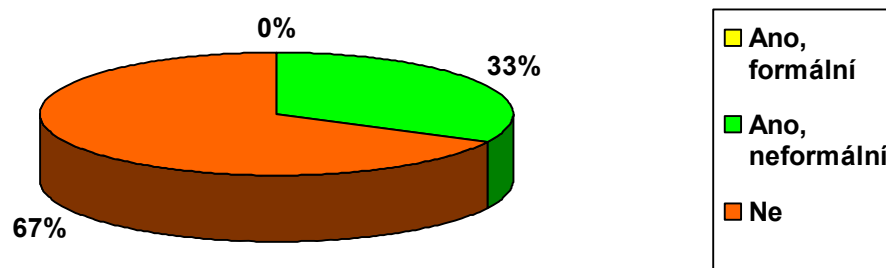
Z celkového počtu dotázaných (46) v pěti (11%) případech poskytuje klinickou supervizi nadřizený, 15 (32%) respondentů je supervidováno svým kolegou z oddělení, 13 (28%) kolegou mimo oddělení (který je zaměstnancem nemocnice), 3 (7%) zdravotničtí pracovníci mají supervizora k dispozici mimo nemocnici (externí pracovník), 9 (20%) respondentů nemá v době realizace výzkumu žádného supervizora a 1 (2%) odpověď jiné, kdy nebylo dále specifikováno.

Graf 9 Druh klinické supervize



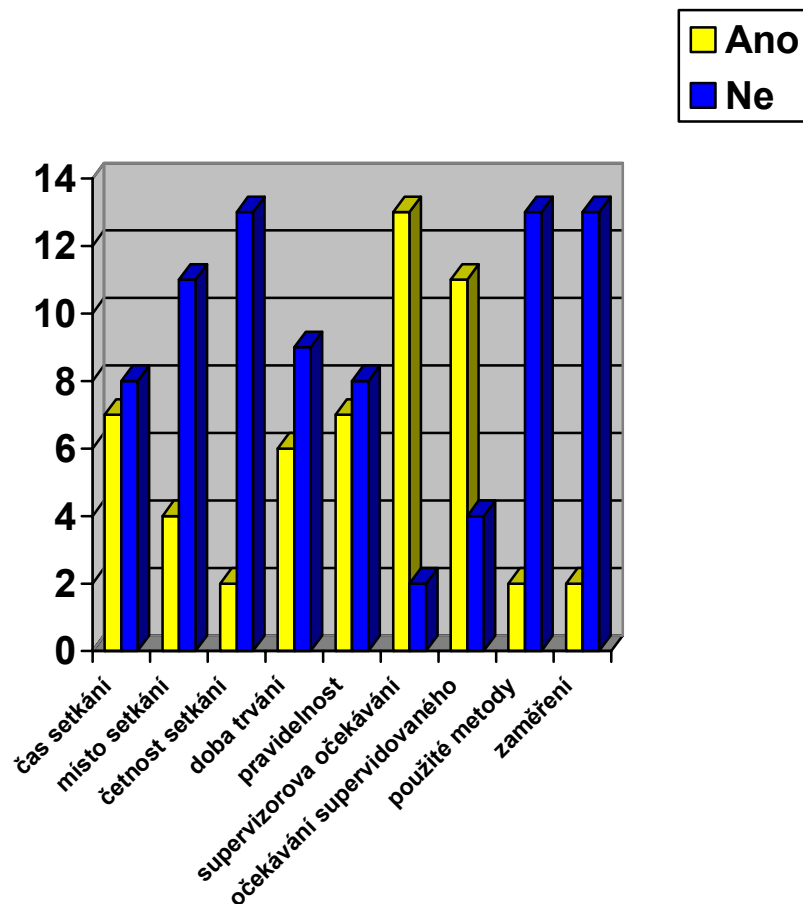
Celkový počet odpovědí byl 46. 24 (52%) respondentů se účastní skupinové supervize, 12 (26%) sester dostává individuální supervizi, triadickou supervizi nedostává nikdo, 10 (22%) respondentů zvolilo možnost odpovědi „jiné“. Ve všech případech odpověděli, že žádnou supervizi nedostávají.

Graf 10 Supervizní smlouva



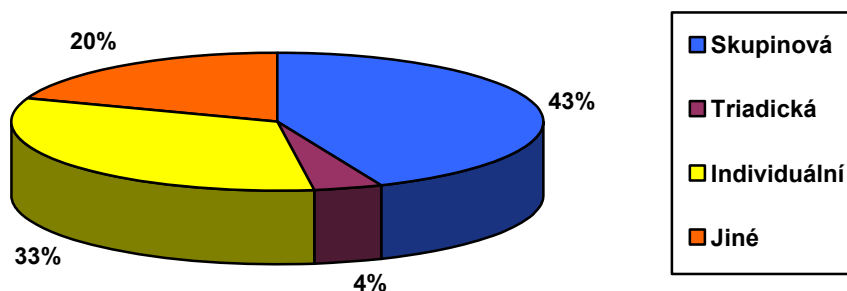
Z 46 dotázaných nemá žádný respondent se svým supervizorem uzavřenou formální supervizní smlouvu, 15 (33%) respondentů má smlouvu neformální, a 31 (67%) nemá vůbec žádnou.

Graf 11 Předměty klinické supervizní smlouvy



Na tuto otázku odpovědělo 15 respondentů. U nabídky „čas setkání“ odpověděly sestry sedmkrát kladně, 4 odpovědi byly kladné pro „místo setkání“, dvakrát četnost setkání, šestkrát doba trvání sezení, 7 odpovědí znělo „ano“ pro nabídku „pravidelnost setkání“, 13 kladných odpovědí pro „supervisorova očekávání“, 11 kladných odpovědí u možnosti „očekávání supervidovaného“, dvakrát použité metody a dvakrát kladná odpověď pro oblast „zaměření“.

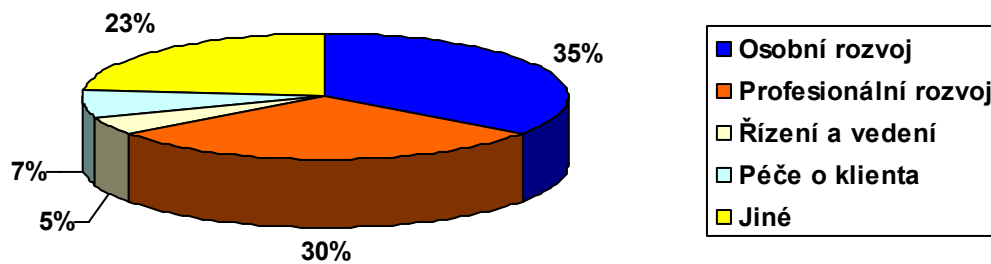
Graf 12 Preferovaný druh klinické supervize, kdyby byla možnost volby



Z celkového počtu 46 by si 20 (43%) respondentů vybralo skupinovou supervizi, kdyby měli možnost volby, dvě (4%) sestry by zvolily triadickou verzi supervize, 15 (33%) individuální, a 9 (20%) respondentů nepreferuje žádnou možnost, do kolonky „jiné“ tedy odpověděli žádná.

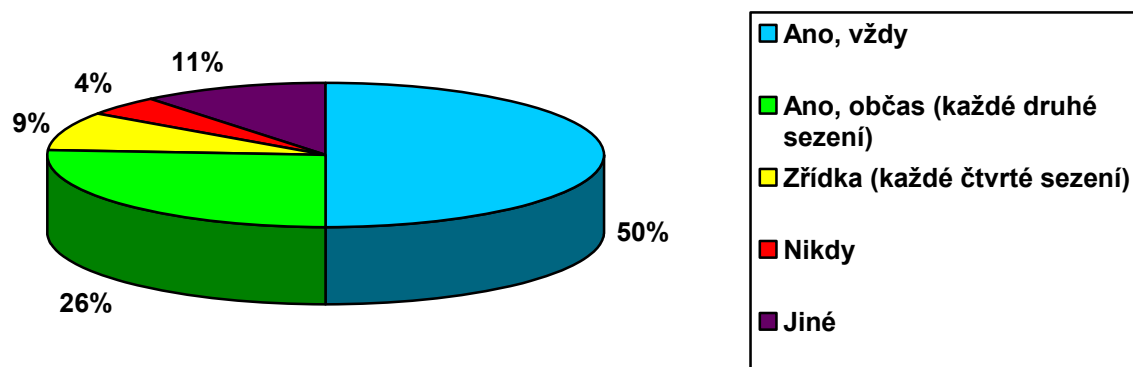


Graf 13 Probíraná témata



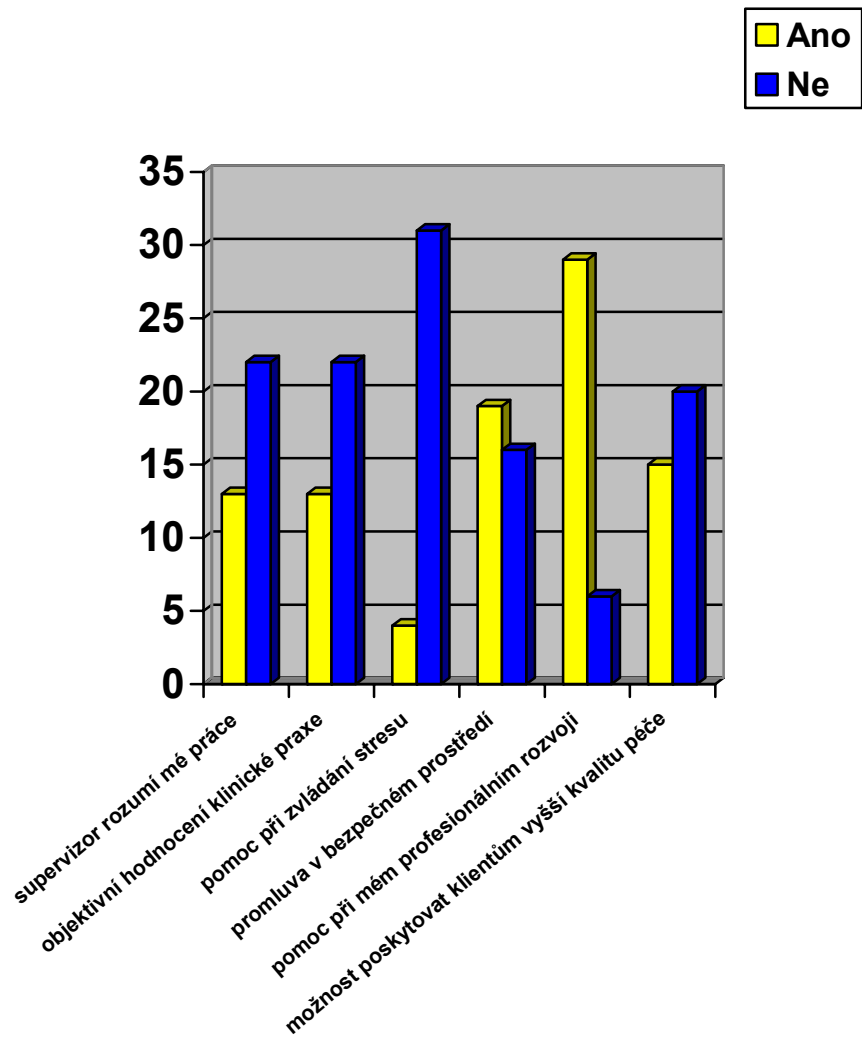
Na tuto otázku odpovědělo 43 sester. 15 (35%) respondentů probírá během supervize nejčastěji osobní rozvoj, 13 (30%) profesionální rozvoj, 2 (5%) hovoří o řízení a vedení, 3 (7%) o péči o klienta a 10 (23%) respondentů zvolilo jiné, kdy 9 odpovědělo, že žádné téma neprobírá, jedna respondentka odpověděla, že jí to nepřináší žádný rozvoj a 3 sestry tuto otázku vynechaly.

Graf 14 Užitečnost klinické supervize



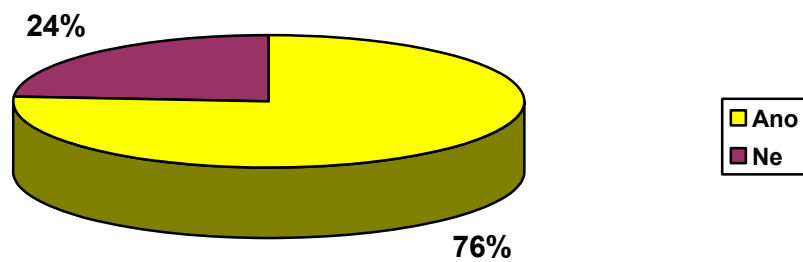
Z celkového počtu 46 respondentů 23 (50%) zdravotních pracovníků považuje supervizi za užitečnou vždy, 12 (26%) respondentů považuje za užitečné každé druhé sezení, 4 (9%) sestry považují supervizi za užitečnou zřídka (každé druhé sezení), pro 2 (4%) sestry není užitečná nikdy a 5 (11%) respondentů nemá na užitečnost klinické supervize žádný názor.

Graf 15 Nejčennější přínos klinické supervize



Na tuto otázku odpovědělo 35 respondentů. Třináctkrát bylo odpovězeno kladně pro možnost „supervisor rozumí mé práci“, Třináctkrát zvolily sestry pozitivní odpověď „objektivní hodnocení klinické praxe“, 4 možnosti byly vyhodnoceny kladně pro „pomoc při zvládnání stresu“, 19 respondentů odpovědělo „ano“ pro možnost „promluva v bezpečném pracovním prostředí“, 29 odpovědí bylo kladných u nabídky „pomoc při mém profesionálním rozvoji“, patnáctkrát byla zvolena možnost „poskytovat klientům vyšší kvalitu péče“.

Graf 16 Klinická supervize poskytovaná během pracovní doby



35 (76%) respondentů dostává klinickou supervizi během pracovní doby, 11 (24%) ne.

Tabulka 17: Co by zdravotničtí pracovníci rádi změnili v procesu klinické supervize

Počet stejných odpovědí	Odpověď
2	Přála bych si, aby supervize byla více pravidelná a formálnější.
1	Ráda bych měla supervizní sezení se svým managerem/vrchní sestrou.
1	Přála bych si trávit více času mimo pracovní prostředí.
7	Nejsem schopna komentáře.
1	Pro informaci: dostávám každoročně hodnocení pracovníka od sestry, která mě superviduje, setkání s ní si mohu domluvit kdykoliv během roku

## Kontingenční tabulka 1

	Každý den intenzivně (určitě více než 50% pracovní doby)	Každý den (zřetelně méně než 50% pracovní doby)	Každý druhý den	Celkem odpovědí
Vysoká náročnost	5 (11%)	1 (2%)	0	6
Mírná náročnost	36 (79%)	2 (4%)	2 (4%)	40
Žádná náročnost	0	0	0	0
Celkem odpovědí	41	3	2	46

Kontingenční tabulka srovnává odpovědi na otázku č.3 a č.4. Spojuje dohromady dva faktory: duševní náročnost práce na jednotce intenzivní péče a četost přímého kontaktu s klientem. 5 (11%) respondentů, kteří se setkávají s klientem intenzivně (určitě více než 50% pracovní doby), považují svou práci za vysoce duševně náročnou. 1 (2%) dotázaný, který se setkává s pacientem každý den (zřetelně méně než 50% pracovní doby), považuje svou práci taktéž za vysoce duševně náročnou. 36 (79%) zdravotníků, kteří ohodnotili duševní náročnost jako mírnou, se s klientem setkává každý den intenzivně (určitě více než 50% pracovní doby). 2 (4%) sestry, v souvislosti s každodenním kontaktem s pacientem (zřetelně méně než 50% pracovní doby), považují svou práci za mírně duševně náročnou. Zbývají dva (4%) respondenti považují svou práci za duševně mírně náročnou při kontaktu s klientem každý druhý den.

## Kontingenční tabulka 2

	Užitečnost Ano-vždy	Užitečnost Ano- obvykle (alespoň každé druhé sezení)	Zhruba (každé čtvrté sezení i méně)	Nikdy	Jiné	Celkem odpovědí
<b>Vysoká náročnost</b>	4 (9%)	1 (2%)	1 (2%)	0	0	6
<b>Mírná náročnost</b>	19 (41%)	11 (24%)	3 (7%)	2 (4%)	5 (11%)	40
<b>Žádná náročnost</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem odpovědí</b>	23	12	4	2	5	46

Kontingenční tabulka srovnává odpovědi na otázky č.3 a č.14. Porovnává, jaká je souvislost mezi duševní náročností práce a hodnocením užitečnosti klinické supervize na pracovišti. 4 (9%) respondenti, kteří považují svou práci za vysoce duševně náročnou, shledávají supervizi jakou užitečnou součást své práce vždy. 1 (2%) sestra, která svou práci hodnotí též jako duševně vysoce náročnou, považuje supervizi za užitečnou obvykle (alespoň každé druhé sezení). Jedné sestře (2%) pomáhá zhruba každé čtvrté sezení i méně a současně svou práci považuje za vysoce duševně náročnou. Nejvíce zdravotníků, 19 (41%), kteří shledávají svou práci jako mírně duševně náročnou, ohodnotilo supervizi jako vždy užitečnou. 11 (24%) sester, kteří si myslí, že jejich práce je mírně duševně náročná, označilo za užitečné alespoň každé druhé supervizní sezení. 3 (7%) považují za užitečné každé čtvrté sezení i méně, přičemž duševní náročnost práce ohodnotily jako mírnou. 2 (4%) respondenti, jejichž práce je mírně duševně náročná, neshledávají supervizi jako užitečnou nikdy.

## 5. Diskuze

Výzkumná část mé diplomové práce má za úkol zmapovat, jaká je potřeba supervize u zdravotních pracovníků pracujících na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii. V této části jsou vyhodnoceny výsledky výzkumné sondáže od 46 sester, které pracují na oddělení intenzivní péče. Termín „výzkumná sondáž“ používám záměrně, jelikož jsem do dotazníku nezahrnula otázky, které obsahují diskriminační ukazatele: věk, pohlaví a vzdělání. Hlavním účelem sondáže bylo zmapovat a ilustrovat situaci, tudíž jsem zredukovala počet otázek v dotazníku tak, abych dostala odpovědi, které se přímo týkají zkoumané problematiky. Touto cestou jsem se také snažila zkrátit sestřím na oddělení intenzivní péče čas, který by jinak nad vyplňováním dotazníku strávily.

Pomocí první otázky jsem zjišťovala, zda-li dotázaní zdravotničtí pracovníci mají speciální vzdělání pro práci v oboru intenzivní péče. Vycházela jsem z předpokladu, že české sestry, které pracují na oddělení intenzivní či anesteticko-resuscitační péče, musí ve většině případů při nástupu prokázat, že absolvovaly specializační vzdělávací program ARIP (ošetřovatelská péče v anestezii, resuscitaci a intenzivní péči), nebo se musí zavázat k tomu, že si během práce specializaci pro práci na ARO/JIP dodělají. Jednou z dalších variant je studium magisterského navazujícího programu „Intenzivní péče“ na Karlově univerzitě. Mezi požadavky, které by měla sestra v Anglii splňovat, aby mohla pracovat na jednotce intenzivní péče patří taktéž specializační studium intenzivní péče či praxe v oboru. Existuje několik požadavků, které musí sestra při nástupu do práce splnit. Pro zajímavost uvádím některé: doplnit si kurz ACLS (Advanced cardiac life support) nebo-li volně přeloženo rozšířená kardiopulmonární resuscitace, úspěšně vyplnit test BKTA (Basic Knowledge Assessment Tool), kde se zjistí, jaké znalosti z oblasti intenzivní péče má atd. Z výsledků výzkumu vyplývá, že 67% respondentů má specializační vzdělání v oboru intenzivní péče, 24% sester doposud nemá žádnou speciální kvalifikaci. Usuzuji tedy, že specializace není podmínkou pro přijetí a je možnost si vzdělání během práce doplnit. Nutností je absolvování kurzů s tematikou intenzivní péče. Jinou kvalifikaci uvedlo 9% účastníků výzkumu, přičemž dva respondenti dále nespecifikovali jakou a zbylí dva absolvovali jednoletý učitelství kurz PGDE (Postgraduate diploma in



education). Požadavky na vzdělání v intenzivní medicíně je třeba nepřetržitě aktualizovat nehledě na to, v které části světa pracujeme.

Cílem druhé otázky bylo identifikovat pracovní pozice sester. Dotazník nevyplnil žádný zdravotní asistent. Předpokládám, že je tomu tak, jelikož kvalifikace zdravotního asistenta/asistentky neodpovídá požadavkům vzdělání pro práci na jednotce intenzivní péče, sestry tedy vykonávají veškeré ošetrovatelské činnosti samostatně a pomocná ruka je jim poskytnuta jen v případech, potřebují-li s pacientem fyzicky manipulovat. Ve Velké Británii, stejně jako v České republice je vedoucí sestrou směny (v nepřítomnosti staniční sestry) nejzkušenější zdravotní pracovník. Zkušenost se v tomto případě hodnotí dle délky praxe. Největší počet respondentů, tedy 72% z celkových dotázaných, pracovalo v době realizace výzkumu na pozici sestry s méně než roční praxí a 28% na pozici sestry s více než roční praxí. S politováním jsem zjistila, že dotazník nevyplnila žádná staniční ani vrchní sestra.

Ztotožňuji se s názorem, že klinická supervize je výhodný a účelný nástroj prevence vzniku psychosomatických obtíží, které mohou sestry pociťovat vlivem psychické náročnosti práce a stresu. (1, str.14) Z toho důvodu jsem do výzkumné sondy zařadila otázku číslo 3, která hodnotí duševní náročnost práce na jednotce intenzivní péče z hlediska z sestry. S překvapením jsem zjistila, že 87% respondentek hodnotí duševní náročnost práce na intenzivní jednotce jako „mírnou“ a pouhých 13% shledává tuto práci za vysoce duševně náročnou. Očekávala jsem, že odpovědi, kde sestry hodnotí práci jako vysoce duševně náročnou, bude víc, jelikož sestra musí často sama řešit vypjaté situace týkající se ohrožení života pacienta.

Cílem čtvrté otázky bylo zjistit, jak často přicházejí sestry do přímého kontaktu s pacientem. 89% dotázaných se setkává s pacientem každý den intenzivně více než 50% času z pracovní doby. Pouhých 7% respondentů má přímý kontakt s pacientem každý den méně než 50% času z pracovní doby a každý druhý den přichází do přímého kontaktu s pacientem 4% sester. Pro povysvětlení byl každý den myšlen jako každý pracovní den. Domnívám se, že sestry, které přichází do přímého kontaktu s pacientem méně než v padesáti procentech pracovní doby, či každý druhý den, mohou být zaměstnány na poloviční úvazek nebo vykonávat spíše administrativní činnost. Významnou roli hrají agentury, které zaměstnávají sestry a dále nabízejí jejich služby různým organizacím. Pokud nemocnice nemá dostatek vlastního personálu může se obrátit na agenturu, která mu jej zprostředkuje.

S třetí a čtvrtou otázkou úzce souvisí hypotéza č.5, kdy jsem předpokládala, že zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii, shledávají svou práci vysoce psychicky náročnou, jelikož jsou v kontaktu s klientem intenzivně každý den více než 50% pracovní doby. K tomu, abych tyto dva aspekty mohla porovnat, jsem použila kontingenční tabulku 1. Z výzkumné sondáže vyplynulo, že většina sester 79%, které se setkávají s pacientem každý den intenzivně více než 50 % z pracovní doby, považuje práci na jednotce intenzivní péče za mírně psychicky náročnou. Tedy i přesto, že jejich kontakt je, dá se říci nepřetržitý, nepovažují svou práci za zcela psychicky vyčerpávající. Domnívám se, že tento fakt může být podpořen aktivní účastí v klinickém supervizním procesu. Pouze 11% zdravotních sester považuje svou práci za vysoce psychicky náročnou v souvislosti s denním intenzivním kontaktem (více než 50% pracovní doby) s pacientem.

Pátá otázka se týká klinické supervize. Měla prověřit zda sestry, pracující na jednotce intenzivní péče, mají povědomí o pojmu „klinická supervize“. Tuto otázku jsem začlenila do výzkumu, jelikož ověří či vyvrátí hypotézu č.1, že více než polovina respondentů (více než 50% zdravotnických pracovníků), kteří pracují na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii má povědomí o pojmu „klinická supervize“. Jak jsem již zmínila v teoretické části, manuál o klinické supervizi by měla sestrám poskytovat každá větší zdravotní organizace. Výsledky grafu 5 potvrdily, že povědomí o klinické supervizi má 100% dotázaných respondentů.

Dále jsem se zjišťovala, kdy byl sestrám přidělen jejich supervizor. Myslela jsem tím čas, který uplynul od doby po nástupu do práce. Více než polovina respondentů (52%) dostalo supervizora bezprostředně po nástupu do zaměstnání. Dvaceti procentům sester byl přidělen supervizor do jednoho týdne od nástupu do práce. 17% se dozvědělo, kdo je jejich supervizor po měsíci od nástupu a jedenácti procentům sester nikdy žádný supervizor přidělen nebyl. Výsledek, že některé sestry neměly přiděleného supervizora může být ovlivněn tím, že některé nebyly stálým zaměstnancem nemocnice nebo byly na pracovní pozici teprve krátkou dobu.

V grafu 7 jsem se snažila ilustrovat, jak často probíhají supervizní sezení. Tato otázka souvisí se stanovenou hypotézou č.2, kdy jsem předpokládala, že více než polovina respondentů (více než 50% zdravotnických pracovníků), kteří pracují na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii, dostávají supervizi pravidelně, v intervalu jeden měsíc. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že největší část respondentů

dostává klinickou supervizi nepravidelně a účast na ní je většinou dobrovolného charakteru. Potřeba supervize se ukázala jako velmi individuální. Záleží na sestrách samotných, kdy uznají za vhodné, že cítí potřebu s někým sdílet své profesionální problémy na odborné úrovni. Další skupina sester, kterou tvoří 30 % z celku, dostává supervizi jednou za 14 dní. V průběhu psaní diplomové práce jsem zjistila, že pokud bych chtěla blíže specifikovat, jak často probíhají supervizní sezení, musela by otázka být spíše otevřená. Některé sestry například mohly odpovědět, že se se svým supervizorem setkávají každých 14 dní, ale už neuvedly, že je účast dobrovolná atd.

Cílem otázky č.8 bylo zjistit, kdo sestrám klinickou supervizi poskytuje. 32% respondentů dostává klinickou supervizi od kolegy z oddělení na kterém pracují. Nepředpokládám, že je takové množství sester odborně vzděláno v oblasti klinické supervize a že jsou schopny zastávat pozici supervizora. Přikláním se k názoru, že by se v tomto případě mohlo jednat o tzv. „peer supervizi“ neboli „intervizi“, „kdy na pracovišti dochází k vzájemnému poskytování supervize mezi dvěma či více kolegy.“ (6, str.27) Nabízí se i jiná varianta, že některý z kolegů na pracovišti má supervizní výcvik a pracuje jako klinický supervizor v rámci oddělení. Další velké skupině, tedy dvaceti osmi procentům respondentů, poskytuje supervizi kolega mimo oddělení, který je zaměstnancem té samé nemocnice. Jedná se zřejmě buďto o další peer supervize nebo opět o kolegu s výcvikem. 11% zdravotních sester dostává supervizi od svého nadřízeného a 20% respondentů nemá v době realizace výzkumu žádného supervizora. Mohu se pouze domnívat, že klinická supervize v případě užití peer supervizí, není prováděna „zcela profesionálně“ a plní tedy svůj účel pouze částečně. Zároveň je možné, že kolega, který sestrám klinickou supervizi poskytuje, výcvik má. Bohužel otázka v dotazníku nebyla koncipována tak, abych se v tomto směru dopátrala bližších informací. Cílem bylo pouze zmapovat, jaká osoba zastává funkci supervize bez bližší specifikace. Souhlasím s Havrdovou a Hajným, že by supervize zdravotnických pracovníků měla být zaměřena na „cílenou reflexi vlastní práce, pro kterou je důležitá formálnost a pravidelnost“ (3, str. 178), tím pádem si myslím, že je důležité, aby supervizi vedl patřičně vzdělaný odborník, který supervidovaným napomůže efektivně spojit teoretické znalosti s konkrétními dovednostmi.

V deváté otázce jsem se snažila zjistit, jaký druh klinické supervize nejčastěji respondenti dostávají. 52% zdravotních sester se účastní skupinového supervizního sezení. Skupinová klinická supervize je tedy nejvíce zastoupená možnost.

Individuálních sezení se zúčastňuje 26% respondentů a 22% zvolilo odpověď „jiné“, přičemž odpověděli, že žádnou klinickou supervizi nedostávají. Triadickou supervizi nezvolil nikdo. Domnívám se, že v tomto případě platí to, co ve své knize zmiňuje Havrdová a Hajný, že klinická supervize poskytuje zdravotníkům možnost „vyměňovat si zkušenosti mezi profesionály z praxe sloužící k podpoře jejich profesionálních dovedností“. (3, str. 177) Myslím si, že taková příležitost se lépe naskytne, účastní-li se supervize vícero supervidovaných.

Následující otázkou jsem zjišťovala, zda mají respondenti se svým supervizorem uzavřenou supervizní smlouvu a jakou. Byla jsem zklamaná, že ani jedna sestra ze 46 dotázaných, nemá se svým supervizorem uzavřenou formální smlouvu. 33% zdravotních pracovníků z intenzivního oddělení má se svým supervizorem uzavřenou smlouvu neformální. Zbýlých 67% nemá žádnou supervizní smlouvu. Domnívám se tedy, že veškeré podrobnosti, které by jinak smlouva měla obsahovat, si účastníci domlouvají ústně. Opět se ukazuje neformální charakter celého procesu. Souhlasím s tvrzením autorů Hawkinse a Shoheta, kteří ve své knize píší, že „v ústavních zařízeních probíhá většina supervizí mimo formální individuální sezení.“ Dále že, „uvolněná struktura supervizního setkání může účastníky svádět k uhýbání od tématu a odvádět jejich pozornost od přesného zaměření, které je jinak vymezeno formální smlouvou“. (4, str. 67)

Otázka č. 11 se zabývá předměty klinické supervizní smlouvy. V případě mého výzkumu, a dle výsledků z předešlé otázky, záleželo spíš na vzájemné dohodě supevizora se supervidovaným, co bude obsahem neformálního kontraktu. Pro demonstraci získaných dat jsem zvolila sloupcový typ grafu, jelikož se jedná o otázku výčtovou. Celkově odpovědělo 15 respondentek. Nejvíce probíraným tématem jsou „supervisorova očekávání“ (13 kladných odpovědí) a hned poté „očekávání supervidovaného“ (11 kladných odpovědí). Platí tedy tvrzení že, „utváření pracovního spojení začíná výměnou představ a očekávání.“ (4, str. 65) Součástí dohody je také často doba trvání, čas setkání a pravidelnost. Nejvíce záporných odpovědí dostaly témata: „četnost setkání“, „použité metody“ a „zaměření“ (každá po 13 negativních odpovědích). Z výše zmíněného vyplývá, co obě strany považují za nejdůležitější pro úspěšnost supervizního procesu. Jsou to zejména vzájemná očekávání.

Pro zajímavost jsem do výzkumné sondy zařadila otázku č.12, kde mě zajímá, jaký druh supervize by si respondenti vybrali, pokud by měli možnost volby. Největší

počet, 43% sester, by si vybralo skupinovou supervizi. 33% by zvolilo možnost účastnit se supervize individuální, 4% respondentů by rádo vyzkoušelo triadickou supervizi. 20% odpovědělo na tuto otázku možností „jiné“, kde uvedli, že by si nevybrali ani jeden zmíněný druh a bohužel nikdo blíže nespecifikoval, jakou supervizi by si tedy přál.

Pomocí otázky č.13 jsem zkoumala, jaké téma je během supervize nejčastěji probíráno. Sestry musely zauvažovat a vybrat pouze jednu z nabízených možností, která nejlépe vystihuje nejčastěji probíranou tematiku v průběhu klinické supervize. Na tuto otázku odpovědělo 43 sester. Z výzkumu jsem zjistila, že nejčastěji řešeným tématem, 33% odpovědí, je osobní rozvoj supervidovaného. Stejnou měrou jsou zastoupeny nabídky „profesionální rozvoj“ a „jiné“ (každá v zastoupení 28%). Péči o klienta se v průběhu klinické supervize věnuje pouze 7% dotázaných. A 4% probírají během klinické supervize řízení a vedení.

Cílem otázky č.14 bylo zjistit, zda respondenti považují klinickou supervizi za užitečnou. S touto otázkou se pojí hypotéza č. 3, ve které jsem předpokládala, že zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii, shledávají jako užitečnou součást své práce každé druhé supervizní sezení. 50% sester odpovědělo, že supervizi považují za užitečnou vždy. 26% respondentů hodnotí supervizi jako užitečnou „občas“ (což znamená každé druhé sezení). Zřídka neboli každé čtvrté sezení hodnotí jako užitečné 9% sester. Výsledky šetření mě v tomto případě mile překvapily.

Zajímalo mě, jaká je ve výzkumném souboru vzájemná souvislost mezi jevy, jak sestry hodnotí užitečnost supervize a duševní náročností práce. Z tohoto důvodu byla vytvořena kontingenční tabulka 2. 41% shledává supervizi jako užitečnou součást své práce, přičemž psychická zátěž vyplývající z jejich povolání je hodnocena jako mírná. Nabízí se možnost se domnívat, že proces klinické supervize na pracovišti působí jako pozitivní faktor při zvládnání stresových situací a tudíž sestry, které dostávají klinickou supervizi, hodnotí duševní náročnost práce jako „mírnou“.

S otázkou č.15 úzce souvisí stanovená hypotéza č.4, že jedna třetina respondentů (33,3% zdravotnických pracovníků) si cení klinické supervize, jelikož jim umožňuje poskytovat vyšší kvalitu péče klientům. Na tuto otázku odpovědělo celkem 35 respondentů. Největší počet sester (29 pozitivních odpovědí), obdržela položka „pomoc při mém profesionálním vývoji“. V tomto případě se shodují výsledky

s tvrzením Havrdové a Hajného. „I v oblasti klinické supervize jsou přijímány a rozvíjeny její hlavní funkce (vzdělávací, řídicí, podpůrná)“ (3, str. 178) Dalo by se říci, že respondenti nejvíce ocenili vzdělávací funkci, ale částečně i řídicí, jelikož se tyto funkce mohou prolínat. Položka „promluva v bezpečném pracovním prostředí“ získala 19 kladných odpovědí, což je druhý nejvyšší počet. Ukazuje se tedy, že neméně významná je i podpůrná funkce supervize. Třináctkrát považovaly sestry za nejcennější přínos supervize to, že se supervizorem mohou objektivně hodnotit svou klinickou praxi.

V otázce č.16 jsem zjišťovala, zda je sestrám klinická supervize poskytována během pracovní doby. 76% respondentů dostává klinickou supervizi během pracovní doby a 24% někdy jindy.

Otázka č.17 byla otevřená, zajímalo mě, co by zdravotničtí pracovníci rádi změnili v procesu klinické supervize. Jednotlivé odpovědi jsou uvedeny v tabulce 17 ve výzkumné části práce. Zarmoutilo mě, že na tuto otázku odpovědělo pouze 12 sester. Mohu se domnívat, že na vypisování otevřené odpovědi neměly příliš času, jelikož musí většinu pracovní doby trávit u pacienta. Další možností je, že většině sester stávající forma a úroveň klinické supervize vyhovuje, a proto neměly potřebu sdělit mi, co by rádi změnily. Některé by byly rády, kdyby supervize byla více pravidelná a formálnější. Jedna sestra by uvítala, kdyby mohla mít supervizní sezení se svou nadřízenou.

## 6. Závěr

Ve své práci jsem se snažila zmapovat situaci ohledně klinické supervize ve Velké Británii. Místo výzkumu jsem vybrala záměrně mimo Českou republiku, jelikož se domnívám, že fenomén „klinické supervize“ ve zdravotnictví není u nás dostatečně znám, propracován ani aplikován do praxe. Pro zpracování této tematiky bylo stanoveno 5 cílů a s nimi souvisejících 5 hypotéz.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii, mají povědomí o pojmu „klinická supervize“. K tomu stanovená hypotéza č.1: Více než polovina respondentů (více než 50% zdravotnických pracovníků), kteří pracují na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii má povědomí o pojmu „klinická supervize“ se potvrdila.

Druhý cíl bylo zjistit, zda zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii, dostávají klinickou supervizi. Hypotéza č.2 předpokládala, že více než polovina respondentů (více než 50% zdravotnických pracovníků), kteří pracují na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii dostávají supervizi pravidelně, v intervalu jeden měsíc. Tato hypotéza se nepotvrdila. Cíl byl splněn, z výsledků výzkumu vyplynulo, že většina respondentek dostává klinickou supervizi jednou za 14 dní.

Dalším cílem práce bylo zjistit, zda zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii, shledávají supervizi jako užitečnou součást své práce. K tomuto cíli jsem si stanovila hypotézu č.3, že zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii shledávají jako užitečnou součást své práce každé druhé supervizní sezení. Hypotéza se nepotvrdila. Z výsledků výzkumné sondy vyplynulo, že 50% sester považuje supervizi za užitečnou vždy.

Čtvrtým cílem bylo určit, které aspekty klinické supervize zdravotničtí pracovníci z jednotek intenzivní péče ve Velké Británii nejvíce oceňují. Hypotéza č.4, vytvořená k tomuto cíli, předpokládá, že sestry si nejvíce cení klinické supervize, jelikož jim umožňuje poskytovat vyšší kvalitu péče klientům. Tato hypotéza se nepotvrdila, ale cíl byl splněn. Respondenti považují za necennější přínos klinické supervize pomoc při jejich profesionálním rozvoji.

Posledním cílem mé práce bylo zjistit, zda zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii, shledávají svoji práci vysoce psychicky náročnou v souvislosti s denní intenzivní péčí o klienta. Stanovená hypotéza č.5, že zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče ve Velké Británii shledávají svou práci psychicky náročnou, jelikož jsou v kontaktu s klientem intenzivně každý den více než 50% pracovní doby, se nepotvrdila. Z výzkumné sondáže vyplynulo, že většina sester (79%), které se setkávají s pacientem každý den intenzivně více než 50% z pracovní doby, považuje práci na jednotce intenzivní péče za mírně psychicky náročnou.

Důvodů, proč jsem zamítla zkoumat danou problematiku v České republice, je několik. Kdykoliv jsem se před svými kolegyněmi ze sesterské praxe zmínila o pojmu „klinická supervize“, žádná neměla ponětí o čem hovořím, nanejvýše si termín spojily s představou dohledu či kontroly. V Čechách chybí dostatek literárních zdrojů, ze kterých by bylo možno čerpat informace, a mezi zdravotními sestrami je myslím jen málo takových, které zažily klinickou supervizi v praxi. Ani ve Velké Británii není proces klinické supervize úplně zažitý a stále je potřeba něco zdokonalovat a zlepšovat. Troufám si tvrdit, že oproti situaci v našem zdravotnictví, je zdravotní systém v Anglii, co se týče aplikace klinické supervize do praxe, o krok napřed. Doufám, že má diplomová práce poslouží jako informační materiál a poskytne zdravotníkům inspiraci.



## 7. Seznam použité literatury

1. BOND, M., HOLLAND, S. Skills clinical supervision for nurses. Buckingham: Open University Press, 2001. ISBN 0 335 19660 8
2. CHERRY, B., JACOB, S.R. Contemporary nursing, issues, trends and management. St.Luis, Missouri: Mosby, 1999. ISBN 0-323-00248-X
3. ČÁLEK, ČERVINKOVÁ, CHVÁLA, MARLINOVÁ, MIKOTA, NEŠPOR, PONĚŠICKÝ, RUŽIČKA, ŠTURMA, TRAPKOVÁ, Psychoterapie VI. Sborník přednášek. Praha: Triton, 1998. ISBN 80-85875-88-8
4. HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ M., Praktická supervize. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-532-1
5. HAVRDOVÁ, Z., KALINA, K., Supervize in Kalina a kol. Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup. Rada Evropy/Úřad vlády ČR, Praha, 2003, str. 133-141. ISBN 92-9168-088-5
6. HAWKINS, P., SHOHET, R. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004
7. KADUSHIN, A. Supervision in social work. New York: Columbia Univerzity Press, 1976.
8. KRAUS, J. Slovník cizích slov. Praha: Academia, 2006. ISBN 80-200-1415-2
9. KŘIVOHLAVÝ, J. PECENKOVÁ, J. Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5
10. MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetrovatelství. 1 díl – systémový přístup. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2004. 188 s. ISBN 80-246-0429-9
11. MICHKOVÁ, A., Supervize. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-145-1
12. NEKONEČNÝ, M. Sociální psychologie organizace. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-0577-X
13. NEŠPOR, K. Prevence a zvládání profesionálního stresu ve zdravotnictví. Lékařské listy (příloha zdravotnických novin), 44, 1995, č.23, str. 14-15
14. PAČESOVÁ, M. Lékař, pacient a Michael Balint. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-491-8
15. PLHÁKOVÁ, A. Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6

16. PONĚŠICKÝ, J. [online]. c2009. Balintovské skupiny a teorie terapeutické změny. Dostupné z [http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006\\_5/praxe\\_506.htm](http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_5/praxe_506.htm)
17. PROCTOR, B. Enabling and Ensuring. Supervision: a co-operative exercise in accountability. Leicester: Leicester National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community work, 1988.
18. ROZSYPALOVÁ, M., NEKLANOVÁ, A., ČECHOVÁ, V., Speciální psychologie.2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999.173 s. ISBN 80-7013-243-4
19. SHAINBERG, D. Teaching therapist how to be with their clients, in J. Westwood, 1983. Awakening the Heart. Boulder, CO, Shambhala
20. STAŇKOVÁ, M. České ošetrovatelství 11-Sestra reprezentant profese.1.vyd. Brno: IVD PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-0
21. Stres zdravotníků, 1.lékařská fakulta UK v Praze spolu s fakultou sociálního lékařství lékařské fakulty UK v Hradci Králové. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-49-3
22. ŠIMEK, A. [online]. c2002. Historie supervize v ČR. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/publikace-a-clanky/ruzne-texty/historie-supervize-v-cr/> [cit. 2008-03-12]
23. ŠIMEK, A. Supervize-kazuistiky. Praha: Triton s.r.o., 2004. ISBN 80-7254-496-9
24. TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-324-4
25. VONDŘICH, I. [online].c2008. Moje zkušenost z balintovskými skupinami. Dostupné z [http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/Psomweb2008\\_3/pracoviste\\_308.htm](http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/Psomweb2008_3/pracoviste_308.htm)
26. Workforce development – Theory into practise strategies. Alcohol Education and Rehabilitation Foundation Ltd (AER). [online]. c2005, dostupné z [www.nceta.flinders.edu.au](http://www.nceta.flinders.edu.au)
27. ZACHAROVÁ, E. a kol. Zdravotnická psychologie-Teorie a praktická cvičení. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 228 s. ISBN 978-80-247-2068-7

Specifické zdroje:

28. Český institut pro supervizi. [online]. c2006. Dostupné z <http://www.supervize.org>
29. [www.cs.wikipedia.org/wiki/Dialog](http://www.cs.wikipedia.org/wiki/Dialog)
30. [www.cs.wikipedia.org/wiki/Reflexe\\_\(filosofie\)](http://www.cs.wikipedia.org/wiki/Reflexe_(filosofie))
31. [www.sur.cz](http://www.sur.cz)

## **8. Seznam použitých symbolů a zkratk**

ACLS – Advanced cardiac life support

ARIP – Ošetrovatelská péče v anestezii, resuscitaci a intenzivní péči

BKTA – Basic Knowledge Assessment Tool

CPD – Continuing Professional Development

ČIS – Český institut pro supervizi

EAS – Evropská asociace pro supervizi

NHS – National Health Service

NMC – Nursing and Midwifery Council

SUR – Sdružení pro vzdělání v psychoterapii

## **9. Seznam příloh**

Příloha 1 – Dotazník v českém jazyce

Příloha 2 – Dotazník v anglickém jazyce

Příloha 3 – Cíle a hypotézy v anglickém jazyce

Příloha 4 – Maslow - pyramida potřeb

## Příloha 1 – Dotazník v českém jazyce

Dobrý den,

Jmenuji se Dana Sedláková a jsem studentkou Karlovy univerzity, 1. lékařské fakulty, obor intenzivní péče. Zpracovávám práci na téma „Potřeba supervize zdravotnických pracovníků na jednotkách intenzivní péče“ a v souvislosti s tím bych Vás ráda požádala o vyplnění anonymního dotazníku.

Diplomová práce má za cíl zmapovat a příležitostně porovnat situaci týkající se supervize na jednotkách intenzivní péče v České republice a ve Velké Británii. Získané údaje budou použity pouze při zpracování mé diplomové práce.

Zaškrtněte prosím vždy jednu správnou odpověď, pokud není uvedeno jinak. Děkuji Vám za Vaši pomoc, ochotu a čas, který jste vyplňování dotazníku věnoval/a..

1. Máte speciální kvalifikaci pro práci na jednotkách intenzivní péče?

- Ano, mám
- Ne, nemám žádnou speciální kvalifikaci
- Mám jinou speciální kvalifikaci

Uveďte, prosím, jakou.....  
.....

2. Jaké je vaše pracovní zařazení?

- Zdravotní asistent/ka
- Sestra (méně než rok praxe)
- Sestra (více než rok praxe)
- Staniční sestra
- Vrchní sestra
- Mám jiné pracovní zařazení

Uveďte prosím jaké.....

3. Shledáváte svou práci psychicky náročnou?

- Vysoká náročnost
- Mírná náročnost
- Žádná náročnost

4. Jak často jste v přímém kontaktu s klientem?

- Každý den intenzivně (určitě více než 50% pracovní doby)
- Každý den (zřetelně méně než 50% pracovní doby)
- Každý druhý den
- Jiné – méně (prosím uveďte).....

5. Znáte pojem “klinická supervize”?

- Ano
- Ne

6. Jak dlouho poté, co jste nastoupil/a do práce, Vám byl přidělen supervizor?

- Bezprostředně po nástupu do práce
- Do jednoho týdne po nástupu do práce
- Do jednoho měsíce
- Nikdy

7. Jestliže přijímáte pravidelně klinickou supervizi, jak často?

- Jednou týdně
- Jednou za 14 dní
- Jednou za měsíc
- Nikdy
- Jiné (uveďte prosím jak často) .....

8. Kdo Vám poskytuje klinickou supervizi?

- Nadřízený
- Kolega z oddělení
- Kolega mimo oddělení, ale je zaměstnancem nemocnice
- Externí pracovník, který není zaměstnancem nemocnice
- Nikdo

9. Jaký druh klinické supervize dostáváte?

- Individuální (vy a supervizor)
- Triadický (dvě sestry a supervizor)
- Skupinový (více než 4 lidi)
- Jiné (prosím uveďte).....

10. Máte supervizní smlouvu?

- Ano, formální
- Ano, neformální
- Ne

Pozn. Pokud jste na tuto otázku odpověděli „ne“, pokračujte prosím otázkou 12.

11. Co je předmětem Vaší klinické supervizní smlouvy? (U každé položky zvolte prosím vždy jednu možnost).

- |                           |                              |                             |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Čas setkání               | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| Místo setkání             | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| Četnost setkání           | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| Doba trvání               | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| Pravidelnost              | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| Supervizorova očekávání   | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| Očekávání supervidovaného | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| Použité metody            | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| Zaměření                  | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |

12. Kterému druhu klinické supervize by jste dal/a přednost, kdyby byla možnost volby?

- Individuálnímu
- Triadickému
- Skupinovému
- Jiné(prosím uveďte).....

13. Které téma je nejvíce diskutováno během supervize?

- Osobní rozvoj (myšleno jako Vaše vnitřní konflikty, hodnoty, normy)
- Profesní rozvoj (myšleno jako zvyšování Vašich pracovních schopností a dovedností)
- Řízení a vedení
- Péče o klienta
- Jiné (prosím uveďte).....

14. Shledáváte klinickou supervizi pro Vás užitečnou?

- Ano, vždy
- Ano, obvykle (alespoň každé druhé sezení)
- Zhruba (každé čtvrté sezení i méně)
- Nikdy
- Jiné (prosím uveďte).....

15. Který z aspektů klinické supervize je pro Vás nejcennějším přínosem? (U každé položky zvolte prosím vždy jednu možnost).

Supervizor rozumí mé práci	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Objektivní hodnocení klinické praxe	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Pomoc při zvládnání stresu	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Promluva v bezpečném prostředí	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Pomoc při mém profesionálním rozvoji	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Možnost poskytovat klientům vyšší kvalitu péče	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne

16. Je Vám klinická supervize poskytována během pracovní doby?

- Ano
- Ne

17. Co by jste rádi změnili na stávajícím procesu klinické supervize?

.....

.....

.....

.....

.....



## Příloha 2 – Dotazník v anglickém jazyce

Hello,

My name is Dana Sedláková, I come from the Czech Republic and I would like to do research on your ward. I study at Charles University in Prague, 1st Medical faculty, and I specialise in intensive care nursing. I am writing my dissertation essay called “the importance of supervision of health workers on intensive care units”. I would like to ask you for your assistance in completing this questionnaire.

The essay will serve to gain new experience from another country, where the process of clinical supervision is successfully applied in clinical practise. Please indicate one answer unless asked otherwise.

All the facts will be kept anonymous and used only in my dissertation essay.

I would be really grateful for your help.

Thank you for your willingness.

1. Do you have a specialist qualification in intensive care Nursing?

- Yes
- No
- Other specialist qualification .....

2. What grade of staff are you?

- HCSW
- Staff Nurse
- Senior Staff Nurse
- Ward sister/Charge nurse
- Ward Manager
- Other.....

3. Do you find your job psychologically difficult?

- Very difficult
- Mild difficulty
- No difficulty

4. How often do you have direct contact with your client?

- Every day intensively (certainly more than 50% shift)
- Every day (obviously less than 50% shift)
- Every second day
- Other.....

5. Are you aware of the term “clinical supervision”?

- Yes
- No

6. How long after you commenced your current job were you allocated a supervisor?

- Immediately
- Within one week
- Within one month
- Never

7. If you currently receive supervision, is it

- Weekly
- Bimonthly
- Monthly
- I do not receive any
- Other.....

8. Who provides your supervision?

- Line manager
- Colleague from unit
- External from unit, but from hospital
- External from hospital
- Other.....

9. What type of supervision do you receive?

- Individual
- Triadic (two nurses are supervised by team leader or manager)
- Group (more than four peoples)
- Other.....

10. Do you have a supervision contract?

- Yes, formal
- Yes, informal
- No

If you don't have a supervision contract omit the question number 11 and go straight to the question number 12.

11. What are the terms of the contract? Please choose yes/no.

- |                           |                              |                             |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Time of session           | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Place of session          | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Number of sessions        | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Duration of session       | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Regularity                | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Supervisor's expectations | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Supervisee's expectations | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Methods                   | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Focus                     | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |

12. Which would you prefer if given a choice?

- Individual
- Triadic
- Group
- Other.....

13. What is the most common topic discussed?

- Personal development (Improving your interpersonal skills)
- Profession development (Improving your knowledge and skill base)
- Management development
- Client management
- Other.....

14. Do you find clinical supervision helpful?

- Yes always
- Yes sometimes (every second appointment is helpful)
- Rarely (every fourth appointment is helpful)
- Never
- Other.....

15. What are the most helpful aspects of clinical supervision to you? Please choose always yes/no.

- |   |                              |                             |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Supervisor understands workload                       | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Objectively assessing clinical issues                 | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Stress management                                     | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Talking in a safe environment                         | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Assists in my own development                         | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
| Possibility to provide higher quality care for client | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |

16. Is supervision carried out during your normal working hours?

Yes

No

17. What would you like to change with the current process of clinical supervision?

.....

.....

.....

## **Příloha 3 – Cíle a hypotézy v anglickém jazyce**

### **Aims**

1. To establish, if health workers who work within intensive care units are aware of the term “clinical supervision”.
2. To establish if workers who work on intensive care units are receiving supervision.
3. To establish, if health workers who work within intensive care units find clinical supervision to be a useful part of their work.
4. To identify which aspects of supervision health care workers most appreciate.
5. To identify, if health workers who work within intensive care units find their work psychologically difficult in connection with daily intensive care for clients.

### **Hypothesis**

1. More than half of respondents (more than 50% health workers) who work within intensive care units are aware of the term “clinical supervision”.
2. More than half of respondents (more than 50% health workers) who work within intensive care units receive clinical supervision currently and monthly.
3. Health workers who work within intensive care units find every second clinical supervision appointment as a helpful part of their work.
4. One third of respondents (33,3% health workers) appreciate clinical supervision because they can provide higher quality care for client.
5. Health workers who work within intensive care units find their work difficult, because they are in contact with patients every day intensively.

#### Příloha 4 – Maslow - pyramida potřeb

