

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

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



Bc. Jaroslava Šupková

**Využití supervize jako profesionální podpory pro
zdravotní sestry v
Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Zuzana Havrdová, Csc.

Praha 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Ústí nad Labem dne 14.2.2011

Bc. Jaroslava Šupková

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Zuzaně Havrdové, Csc. za odborné vedení mé magisterské práce, za její cenné poznámky, rady a čas, který mi věnovala. Srdečně také děkuji Ing. Petru Chaloupkovi za technickou podporu a Ing. Jiřímu Hustopeckému za spolupráci na zpracování statistických dat.

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na zkoumání potřeb a možností podpory nelékařských pracovníků v prostředí zdravotnického zařízení, konkrétně Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, a to zejména formou supervize.

Teoretická část popisuje profesi zdravotní sestry, faktory snižující její pracovní spokojenost, rizika spojená s rolí pomáhajícího, a supervizi, jako možnou formu profesionální podpory mající vliv na pracovní spokojenost zaměstnanců.

V praktické části autorka zkoumá pomocí dotazníkového šetření výskyt faktorů ovlivňujících pracovní spokojenost a přítomnost podmínek příznivých pro zavádění supervize. Z následné diskuze s vedením nemocnice nad možností využití supervize jako profesionální podpory zdravotních sester sestavila autorka řadu konkrétních návrhů realizovatelných v Masarykově nemocnici, které jsou uvedeny v závěru empirické části.

Abstract

The thesis is focused on exploring the needs and options for supporting non-medical workers at health care environment (namely Masaryk Hospital in Usti nad Labem), particularly in the form of supervision.

Theoretical part describes the role of nursing; all factors decreasing her/his job satisfaction, risks associated with the role of helping and supervision, as one of the forms of professional support having an impact on job satisfaction.

The practical part, using questionnaire survey, examines the factors affecting the job satisfaction and the presence of favorable conditions for the implementation of supervision. In subsequent discussions with the leadership of the hospital about the utilization of supervision as a professional support to nurses, the author drew up a series of concrete proposals ready to be used in Masaryk Hospital, which can be found at the empirical part.

Obsah:

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK	9
1.1 PROFESE ZDRAVOTNÍ SESTRY – OBECNÁ CHARAKTERISTIKA.....	9
1.1.1 ZDRAVOTNÍ SESTRA JAKO POMÁHAJÍCÍ PROFESE.....	10
1.1.2 RIZIKA V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH	11
1.1.3 SYNDROM POMÁHAJÍCÍHO.....	11
1.1.4 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	12
1.1.5 DŮSLEDKY SYNDROMU VYHOŘENÍ V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH.....	12
1.1.6 PROFESIONÁLNÍ DEFORMACE	13
2 PROBLEMATICKÉ ASPEKTY SNÍŽUJÍCÍ PRACOVNÍ SPOKOJENOST ZDRAVOTNÍ SESTRY ..	14
2.1 PRACOVNÍ SPOKOJENOST A JEJÍ VÝZNAM.....	14
2.1.1 VYSOKÉ NÁROKY NA ODBORNOST A PROFESIONALITU	15
2.1.2 PRACOVNÍ NÁPLŇ A NEJASNÉ KOMPETENCE	17
2.2 MNOHOČETNOST ROLÍ.....	18
2.3 FYZICKÁ A PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ, PRACOVNÍ STRES	19
2.3.1 VÝZKUMY PRACOVNÍ SPOKOJENOSTI	21
3 PODPORA ZDRAVOTNÍCH SESTER	22
3.1 JAKOU PODPORU ZDRAVOTNÍ SESTRY MAJÍ	24
3.2 JAKÁ PODPORA ZDRAVOTNÍM SESTRÁM CHYBÍ	25
4 SUPERVIZE	26
4.1 DEFINICE.....	27
4.2 CÍLE SUPERVIZE	28
4.2.1 OBECNÉ CÍLE SUPERVIZE:	28
4.3 FORMY, DRUHY A FUNKCE SUPERVIZE.....	30
4.4 PROČ SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ	31
4.4.1 K VÝVOJI SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	32
4.5 MOŽNOSTI VYUŽITÍ SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	32
4.5.1 SUPERVIZE JAKO NÁSTROJ KVALITY.....	33
4.5.2 SUPERVIZE JAKO PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ	34
4.5.3 SUPERVIZE JAKO SPECIFICKÁ FORMA VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ	35
5 MOŽNOSTI A PODMÍNKY PRO ZAVÁDĚNÍ SUPERVIZE DO ORGANIZACE	36

5.1	ORGANIZACE.....	36
5.2	KULTURA ORGANIZACE	38
5.3	KULTURA UČÍCÍ SE ORGANIZACE	40
5.4	SUPERVIZE JAKO ORGANIZAČNÍ ZMĚNA	41
5.5	SUPERVIZE JAKO KULTURNÍ ZMĚNA	41
5.6	PŘEKÁŽKY A RIZIKA PŘI ZAVÁDĚNÍ SUPERVIZE.....	43
	EMPIRICKÁ ČÁST	46
6	VÝZKUMNÝ PROBLÉM A HLAVNÍ CÍLE VÝZKUMNÉHO PROJEKTU	46
6.1	HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA.....	47
6.2	DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	47
7	METODOLOGIE	48
7.1	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	48
7.1.1	POPIS PROSTŘEDÍ.....	49
7.1.2	PRACOVNÍ HYPOTÉZY.....	50
7.1.3	METODA SBĚRU DAT.....	57
7.1.4	ZPŮSOB VÝBĚRU VZORKU A JEHO VELIKOSTI	57
7.1.5	VÝSLEDKY A DISKUZE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	60
7.1.6	DISKUZE K JEDNOTLIVÝM TVRZENÍM	64
7.1.7	SHRnutí K JEDNOTLIVÝM HYPOTÉZÁM	66
7.1.8	DISKUZE K DOPLŇUJÍCÍM KATEGORIÍM Z DOTAZNÍKU	67
7.1.9	SHRnutí VÝSLEDKŮ S OHLEDEM NA HLAVNÍ A DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	80
7.2	ROZHOVOR	82
7.2.1	VÝBĚR VZORKU V KVALITATIVNÍM VÝZKUMU	82
7.2.2	PARTICIPANTKY	82
7.2.3	DŮVĚRNOST	83
7.2.4	STRUKTURA ROZHOVORU	83
7.2.5	VÝSTUPY Z ROZHOVORŮ	84
8	NÁVRHY VYUŽITELNÉ V MASARYKOVĚ NEMOCNICI.....	86
8.1	ZÁVĚREČNÁ SHRnutí.....	90
9	ZÁVĚR.....	92
10	SEZNAM LITERATURY	94
11	PŘÍLOHY	97

ÚVOD

Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala problematiku, která je mi velmi blízká. Jedná se o propojení oblastí, které k sobě podle mého názoru bezesporu patří, a to supervize a zdravotnictví. Jako zdravotní sestra pracuji v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem již přes dvacet let a supervize do mého života vstoupila zhruba před pěti lety, kdy jsem začala pracovat jako externista v krizovém centru. Vztah zdravotnictví a supervize je velmi rozpačitý, na počátku, ve fázi hledání a poznávání. Chtěla jsem svou práci tomuto vztahu v našem zdravotnickém zařízení pomoci.

Pojem supervize je v oblasti lidských zdrojů chápán jako nástroj profesního růstu pracovníků v pomáhajících profesích. (Havrdová, 1999)

Především v sociálních službách je supervize i v ČR postupně od 90 let využívána jako nástroj podpory pracovníků a cesta ke zkvalitnění služeb. Přijetím Zákona 108/06 Sb. o sociálních službách získala supervize v sociálních službách legislativní zakotvení. (Zákon 108/06 Sb., MPSV 2006)

Cílem teoretické části diplomové práce je popsat klíčové pojmy, které souvisejí s tématem mé práce. Popíši jednak profesi zdravotní sestry a problematické aspekty v její práci, které vedou k pracovní nespokojenosti. Zaměřím se na podporu, jakou sestry dostávají a popíši supervizi a její možnosti, které z ní činí vhodnou formu profesionální podpory pro zdravotnické pracovníky. Na základě studia literatury uvedu podmínky a možnosti považované za vhodné pro zavádění supervize. Popíši organizaci Masarykovy nemocnice a podmínky, které se vyskytují zde. Na teoretickou část bude navazovat výzkumná studie vycházející z uvedených témat.

Cílem výzkumné studie bude zjistit, zda by supervize se svými možnostmi, které nabízí, mohla být vhodnou formou profesionální podpory pro zdravotní sestry v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Zaměřím se na faktory snižující pracovní spokojenost zaměstnanců řešitelné supervizí. Ověřím tedy, jak vnímají zaměstnanci vztahy a komunikaci na svých pracovištích, zda považují znalosti svých kompetencí za dostatečné, nakolik mají možnost ventilovat negativní emoce spojené s profesí, a zda by využili možnost řešit pracovní problémy s nezávislým důvěryhodným odborníkem.

Dále chci zmapovat výskyt podmínek, které jsou považovány za vhodné pro zavádění supervize. Budu ověřovat, zda se v Masarykově nemocnici vyskytují určité prvky

učí se organizace, zda je zde pro supervizi příznivá podniková kultura a podpora managementu.

Dalším cílem mého výzkumu bude se získanými výsledky seznámit management nemocnice, konkrétně hlavní sestru, vedoucí vzdělávacího centra, vedoucí personálního oddělení a zástupkyni vrchních sester. Při řízeném rozhovoru chci zjistit, jaký význam profesionální podpoře zdravotních sester přisuzují ony. Společně s nimi proběhne rozvaha nad možností využití k tomuto účelu právě supervizi.

Pro výzkumnou studii použiji následující metody:

1. dotazníkové šetření pro zmapování situace v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem.

2. rozhovor pro doplnění informací a názorů vedení a navržení konkrétních kroků pro využití supervize.

V závěru práce provedu shrnutí průběhu a výsledků celé výzkumné studie.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části jsem rozpracovala pojmy obsažené v hlavní výzkumné otázce a vyvodila následně dílčí výzkumné otázky, které mi pomohou k zodpovězení hlavní výzkumné otázky.

1 ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK

Mezi zdravotnické pracovníky se řadí mnoho profesí. Svou práci věnují hlavně všeobecným zdravotním sestřám, dále jen „zdravotní sestra“ nebo jen „sestra“. Jednak proto, že patří mezi nejpočetnější skupinu zdravotnických pracovníků, dále proto, že jako zdravotní sestra pracuji a tato problematika je mi nejbližší.

1.1 PROFESE ZDRAVOTNÍ SESTRY – OBECNÁ CHARAKTERISTIKA

Zdravotní sestry, jako největší profesní skupina, se významně podílejí na procesu léčebné, diagnostické a ošetrovatelské péče ve zdravotnictví a mají tak samozřejmě velký vliv na celý systém zdravotní péče u nás. O tomto náročném povolání můžeme také hovořit jako o poslání-poslání pomáhat druhým, nemocným, zachraňovat životy.

Z Mezinárodního etického kodexu (etický kodex ICN, 2000) uvádím čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Práce zdravotních sester je založena na úctě k životu, respektu důstojnosti a lidských práv každého jednotlivce bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení. Zdravotní setra se stará jak o jednotlivce, tak i rodiny, komunity a spolupracuje s dalšími odbory. Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují. Také se spolupodílí na podpoře aktivit, které jsou zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb jedincům, zejména patřícím do ohrožených skupin. Nese plnou odpovědnost za ošetrovatelské činnosti, které v praxi provádí. Dodržuje povinnost mlčenlivosti a chrání důvěrné informace pacienta. Prostřednictvím profesních a odborových organizací usiluje o přiměřenou mzdu a důstojné pracovní podmínky (Etický kodex Mezinárodní rady sester, 2000).

1.1.1 ZDRAVOTNÍ SESTRA JAKO POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Ošetřovatelská péče prošla dlouhým vývojem. Na počátku se v ní uplatňovaly i různé primitivní metody spojené s vírou v nadpřirozené síly. Postupně se vyvíjelo k modernímu způsobu léčby a ošetřování nemocných na základě rozvíjejícího se vědeckého poznání. (Staňková, 1978)

Povolání zdravotní sestry prošlo do 19. století, kdy se ošetřovatelství stalo studijním oborem, mnoha změnami. Přes péči poskytovanou jeptiškami a příslušníky řádů v kláštorech a chudobincích, přes péči na válečných bojištích, kde se o raněné vojáky staraly již školené ošetřovatelky, až po dnešní poskytování vysoce odborné ošetřovatelské péče, které dostává obor zdravotnictví na významné postavení mezi tzv. „pomáhajícími profesemi“. (Zábojníková, 2010)

Každý člověk někdy zažil situaci, kdy potřeboval pomoc druhého člověka, nebo naopak, kdy pomoc druhému člověku poskytl. Výčet profesí, které se za tímto pojmem mohou skrývat, podrobně popisuje Šimek (2004): “Tento široký rámec zahrnuje práci lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníce, ošetřovatelky nebo třeba klinického psychologa, psychoterapeuta nebo pracovníka komunitní péče na poli zdravotnictví. Ale také náplň denní práce s lidmi ve sféře sociální péče a nakonec také na poli rodinného i pedagogicko-psychologického poradenství, výchovné péče, speciálního školství i školství v nejširším slova smyslu.“ (Šimek, 2004, s.12)

Stejně jako jiná povolání má každá z těchto profesí svou odbornost, tj. sumu vědomostí a dovedností, které je třeba si pro výkon daného povolání osvojit. Jak uvádí Kopřiva (2000), nosným prvkem kvalitní a efektivní práce v pomáhajících profesích je lidský vztah a osobnostní předpoklady pomáhajících pracovníků. Jsou i jiné profese, jež se odehrávají v neustálém kontaktu s lidmi, např. advokát, manažer, úřednice za přepážkou, holič. Zde však stačí, když se pracovník chová v souladu s konvencí, tj. slušně. Potvrzují to i závěry dotazníkového výzkumu (Kopřiva 1994), ve kterém zdravotní sestry a sociální pracovníce odpovídaly na otázku, jaké nejdůležitější vlastnosti by očekávaly u pracovníků domova důchodců jako jeho klientky. První místa zaujala náklonnost, láska, vlídnost, ochota, dále klid, vyrovnanost, vcítění se, empatie a porozumění. Odborná způsobilost se objevila až ve čtvrté kategorii vlastností. Klíčové jsou tedy takové osobnostní předpoklady pomáhajícího pracovníka, které spolu s ostatními faktory vytvářejí bezpečný a lidský rámec pomáhaní, ve kterém se cítí dobře všichni zúčastnění. A právě supervize pomáhá tyto klíčové předpoklady rozvíjet a udržovat. (Kopřiva, 2000)

Dnes je již neoddiskutovatelné, že se pracovníci v pomáhajících profesích musí rozvíjet a růst celoživotně a že splnění předepsaných kvalifikačních podmínek neznamena ukončené vzdělávání. Bednářová a Pelech (2003) uvádějí tři vzájemně související metody rozvoje profesních kompetencí: metodickou pomoc, intervizi a supervizi. Supervize je postavena na rovnoprávném vztahu dvou dospělých lidí. Tento vztah často lidé ve zdravotnictví málo znají. Bývají totiž nastaveni na poslouchání, jsou zvyklí řídit se předpisy, metodikami. Přispívá k tomu i hierarchizovaný zdravotnický systém. (Bednářová, Pelech, 2003)

1.1.2 RIZIKA V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

Pokud hovoříme o pomáhajících profesích, nelze nezmínit rizika, která tyto profese často provázejí. Je to i ve zdravotnictví velmi dobře známý syndrom vyhoření, který je uveden i v mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10 pod označením Z 73:0 (vyhasnutí, vyhoření, stav psychického vyčerpání) a syndrom pomáhajícího, který není mezi zdravotníky sice tolik znám, ale lze jej zde velmi často pozorovat.

1.1.3 SYNDROM POMÁHAJÍCÍHO

Tento syndrom poprvé popsal Schmidbauer (2000). Souvisí s představou pracovníka o nutnosti dokonalosti. Mezi jeho projevy patří neschopnost vyjádřit vlastní pocity a potřeby. Ta se stává osobnostní strukturou, spojenou se zdánlivě všemohoucí, nenapadnutelnou fasádou sociálních služeb (naprosto stejně se týká zdravotnictví). Ukázala se souvislost mezi přijetím a podporou slabosti, bezmoci či otevřeného doznávání emocionálních problémů u druhých a jejich neakceptování u sebe sama. Schmidbauer poukazuje na narcistickou stránku syndromu pomáhajícího a vlivu nějakého traumatu z dětství souvisejícího s odmítnutím. Tento syndrom je podle něj cestou, jak raná narcistická poškození zdolat. Postižený věří, že náklonnost okolí získá svým chováním, nikoliv díky tomu, jaký je. Upozorňuje také, že procesy, které vytváří strukturu tohoto syndromu, se mohou příležitostně opakovat i během profesní dráhy pomáhajícího a upevňovat jej na jiné úrovni. Uvažuje ovšem i o myšlence, jestli nižší stupně tohoto syndromu nejsou nezbytné pro vznik altruistického životního postoje vůbec a zabývá se

otázkou kritérií tohoto syndromu. Vzhledem k vlivu stavu soukromého života na práci doporučuje zahrnout do supervize i osobní problémy pomáhajícího. (Schmidbauer, 2000)

Zabývat se syndromem pomáhajících má svůj praktický užitek. Umožňuje pracovat na duševní hygieně lidí pracujících v pomáhajících profesích a pomáhat jim v budování stabilní motivace. V opačném případě tito pomáhající své cíle nenaplní a svou cestu pravděpodobně nezvládnou

1.1.4 SYNDROM VYHOŘENÍ

Jak píše Křivohlavý (1998), „bylo to právě zdravotnictví, které jako první upozornilo na syndrom vyhoření. Přesněji: byla to situace sester.“ (Křivohlavý, 1998, s.20)

“Syndrom vyhoření u sester je stav masivního vyčerpání, který vnímáme, jako ztrátu zájmu o lidi se kterými člověk pracuje, jako citovou otupělost charakterizovanou tím, že zdravotník ochladne ve vztahu k pacientům, nepocítuje lítost a nemá ani potřebnou úctu k lidem. Jde o specifickou emoční únavu projevující se subdepressivním laděním a podrážděností, následkem čehož je obtížné soustředit se na pacienty. Typickými projevy jsou pocit zatrpklosti, dojem, že se nic nedaří a že nic nemá cenu.“ (Rybářová, 2002, s. 84)

Mezi oddělení s nejčastějším výskytem syndromu vyhoření patří oddělení paliativní péče, onkologická oddělení a jednotky intenzivní péče. Ukazuje se, že se syndromem psychického vyčerpání je třeba počítat i u sester na psychiatrii, neurologii, nefrologii i na interně a zvláště pak na koronárních odděleních. Burnout se nevyhýbá ani lékařům a setkáváme se s ním ve výši více nežli průměrné u všech zdravotnických pracovníků. (Křivohlavý, 1998, s.20)

Syndrom vyhoření může být podle některých studií „infekční“, kdy vzniká lavinová reakce, protože tím, že se projevuje u jednoho člověka v kolektivu, může být spouštěčem u dalších pracovníků v tomto kolektivu. (Bártlová, 2010)

1.1.5 DŮSLEDKY SYNDROMU VYHOŘENÍ V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

Velkým rizikem v pomáhajících profesích je depersonalizace a dehumanizace (Maslach in Krahulová, 2010). Když pracovník ztrácí úctu ke klientovi i k sobě samému, dochází k citové otupělosti a ztrátě empatie. Chování pracovníka se může stát neetické a neprofesionální. Může pak prožívat pocity, že ho klient svou přítomností obtěžuje a chuť

pomáhat se ztrácí.

Poměrně přesně popisuje proměnu pomáhajícího pracovníka ve svém článku o supervizi Veltrubská: “Najednou je takový, dříve obětavý a laskavý pracovník, fyzicky, společensky i duševně vyčerpán. Pokud ještě zůstává na svém pracovišti, protože nemá kam odejít, bojí se ztráty zaměstnání, přestává pomáhat a začíná spíše škodit... Učitelky, které až nenávidí své žáky a dokazují jim svou moc, sestry, které kolem sebe šíří zlost a špatnou náladu a zhoršují tak psychický stav pacientů. Nedaří-li se pracovníkům pomoci, může být zneužívána moc, které si ani nemusíme být vědomi, avšak nad svými klienty, pacienty, či obyvateli ji máme...” (Veltrubská, webové stránky, rok neuveden, s. neuvedena)

1.1.6 PROFESIONÁLNÍ DEFORMACE

Profesionální deformace je souhrn návyků projevující se negativně v postojích zdravotníka, např. jako otupělost, netečnost až cynismus ve vztahu k nemocnému.

O profesionální deformaci se v souvislosti s výkonem zdravotnického povolání hovoří velmi často. Zachová (2008) uvádí, že nevládnuté pracovní situace mohou podpořit neprofesionální chování, jímž se sestra brání nepříjemnému psychickému napětí. Náročnou pracovní situaci zažívají sestry ve vztahu s pacientem a v pracovních vztazích. Dalšími stresory mohou být materiální a organizační nedostatky. Dochází k narušení fyzické, psychické a sociální pohody. Osobnost sestry je předpokladem získání důvěry ze strany pacienta. Mění se a formuje v opakovaných střetech s náročnými životními situacemi.

První fázi profesionální deformace autorka popisuje jako citovou otrlost, kdy je vztah sestry k pacientovi citově ochuzen, což však sestra nedává zřetelně najevo. Druhá fáze se projevuje jako lhostejnost spojená s lhostejným chováním a nedostatečným naplňováním pracovních činností. Třetí fáze je projevovaný vztek a nenávisť. Autorka zdůrazňuje proces adaptace na zdravotnické prostředí, během něhož se u začínajícího zdravotníka vyvolávají intenzivní emoce. Toto období se nesmí zanedbat, je rozhodující pro vývoj profesionálního chování vhodným směrem. Zdravotníci se musí naučit zachovávat adekvátní odstup a přitom mít dostatek citu. Chování zdravotníků ovlivňuje zpětně celkovou atmosféru na pracovišti, a tím i pacienty. Jako jednu z možných cest, jak korigovat nesprávné postoje a způsoby chování, nabízí autorka příspěvku bálintovské skupiny, ve kterých se kromě stavu pacientů diskutují také emoce a psychické reakce

zdravotníků. (Zachová,2008)

Jak již bylo uvedeno výše, profesionální deformace se rozvíjí z tzv. profesionální adaptace. Jde o situace, kdy si zdravotník zvykne na pohled na nemocné, těžce zraněné, umírající, apod., což je pro vykonávání této práce a současné zachování duševního zdraví nezbytné. Nikdy by však u něj neměla vyhasnout potřeba chápat nemocného jako trpící bytost. Při profesionální deformaci vyjadřuje dotyčný takovou míru otrlosti, že na laika činí dojem *záměrného cynismu*. Např. personál se hlučně a vtipně baví v přítomnosti těžce nebo dokonce i smrtelně nemocného. Přitom to není snaha ublížit, ale projev dlouhodobého neuvědomělého návyku, což však takovéto chování neospravedlňuje. (ibid)

2 PROBLEMATICKÉ ASPEKTY SNIŽUJÍCÍ PRACOVNÍ SPOKOJENOST

ZDRAVOTNÍ SESTRY

Profese zdravotní sestry patří mezi pomáhajícími profesemi k té nejnáročnější, bohužel však také k té nejhůře pečované. Sestra musí provádět jak banální ošetrovatelské aktivity, tak i vysoce specializované, život zachraňující výkony. Přestože nároky a očekávání vůči sestram se neustále zvyšují, pracovní podmínky, zázemí a péče o sestry zůstává v podstatě stále stejná.

2.1 PRACOVNÍ SPOKOJENOST A JEJÍ VÝZNAM

Pracovní spokojenost hraje důležitou roli v životě jednotlivce i celé společnosti. Práci zdravotní sestry, její spokojenost či nespokojenost, ovlivňuje celá řada faktorů a okolností. Jedním z nich je práce v třísměnném provozu, ve střídavých denních a nočních směnách. S tím souvisí nepravidelný rytmus, životní styl, spánková deprivace.

Jestliže má sestra podávat výborný výkon a při práci s nemocným být spokojená, pak potřebuje nejen osobnostní a fyzické předpoklady, kvalitní vzdělání, ale také vhodné pracovní podmínky. Mezi ně patří nejen vybavení pracoviště dostatkem pracovníků, techniky, pomůcek, ale i společenské uznání, uznání ze strany vedení a v rámci pracovního týmu a v neposlední řadě adekvátní ohodnocení práce.

Bártlová (2006) ve výzkumu “Pracovní spokojenost sester v České republice” řadí mezi nejdůležitější faktory, které přispívají ke spokojenosti sester dobré vztahy na pracovišti, různorodost práce a dobrou organizace práce. Z výzkumu dále vyplývá, že

jednoznačně nejvíce vyvolává nespokojenost s prací špatné finanční ohodnocení. Jako druhou nejčastější příčinu nespokojenosti sestry uváděly nedoceňování práce nadřizeným a na třetím místě byl v tomto výzkumu uveden nedostatek ošetrovatelského personálu.

Sestra, která je nespokojena se svým pracovním prostředím, nebude motivována k tomu, aby se angažovala v oblasti kvality nebo produktivity. Bude sice vykonávat svou práci, ale bez zájmu, nadšení a její výkon bude pouze na úrovni, která neohrozí její pozici. Takový postoj se projeví nejen na kvalitě její práce, ale i ve vztahu k pacientům svěřeným do její péče. Pokud chceme, aby kvalita poskytované péče zdravotními sestrami byla co nejvyšší, měli bychom se otázkou pracovní spokojenosti zabývat a hledat možná řešení případných problémů a nedostatků také proto, že se pracovní nespokojenost sester může také projevit následně nespokojeností pacientů.

Bártlová (2010) ve svém nejnovějším výzkumu v této oblasti, věnovala pozornost psychofyzické zátěži, vyplývající z vykonávání povolání sestry a flukтуаčním tendencím, které se v souvislosti s touto zátěží mohou vyskytovat

Pracovní spokojenost je velmi ovlivněna psychosociální zátěží výkonu profese sestry. Ta je jedním ze základních faktorů, které určují náročnost tohoto povolání. „U profese zdravotní sestry dochází v dlouhodobé perspektivě v důsledku nepřiměřených požadavků a omezené sociální odezvě k příznakům chronické nespokojenosti, tzv. vyhasnutí (burnout), poruchám přizpůsobení a pracovní demotivaci.“ (Bártlová, 2010, s.111)

Za ukazatel stabilizace v povolání považuje autorka délku výkonu profese všeobecné sestry. Jiným ukazatelem stability a zároveň mírou flukтуаční tendence v rámci oboru je délka práce na současném pracovišti. Bártlová (2010) považuje za prokázané, že tendence k fluktuaci a výskyt psychického vyčerpání souvisí s kvalitou vztahů mezi lékaři a sestrami na pracovišti a úrovní jejich spolupráce. Rovněž psychické a fyzické vyčerpání může u sester vyvolávat touhu změnit pracoviště, případně úplně odejít z oboru (Bártlová, 2010, s.112)

2.1.1 VYSOKÉ NÁROKY NA ODBORNOST A PROFESIONALITU

Na profesi zdravotní sestry jsou kladeny četné požadavky, ve kterých se odráží fyzická a psychická náročnost této profese. Mezi náročné předpoklady, nezbytné pro práci sestry, patří požadavky senzomotorické, jako je šikovnost, zručnost, pohybová obratnost,

požadavky estetické, mezi něž můžeme řadit úpravu svého zevnějšku i zdravotnického prostředí, intelektové, jako schopnost řešit proměnlivé situace a umět vybrat optimální řešení, sociální dovednosti, hlavně pozitivní vztah k lidem, schopnost empatie, vedení dialogu a schopnosti autoregulační, adaptabilita, zvýšená odolnost vůči fyzickému a psychickému stresu (Čechová a kol., 1999). Příkladem požadavků na osobnost sestry je inventář požadavků, který sestavila již v roce 1938 Americká národní liga pro vzdělávání sester. Dle ní by měla být sestra citově zralá, čilá, důsledná, kritická a kritiku přijímající, loajální, nadšená, nezávislá, odvážná, pořádná, přemýšlivá, přizpůsobivá, spolehlivá, srdečná, sympatická, šetrná, taktní, tolerantní, upřímná, vynalézavá, vytrvalá a zdvořilá. Dále by měla být schopná dobrého úsudku, dobré spolupráce a plánování práce, dobře provádět jednotlivé ošetrovatelské výkony. Měla by mít vysokou sebekontrolu, respekt k autoritám a nadřízeným. Navíc by měla mít široký kulturní a společenský rozhled, měla by mít smysl pro humor pro krásu. (dostupné www.zshk.cz/.../PSK_MOT_22_1011_predpoklady_pro_praci_zdravotnika.doc)

České sestry jsou velmi vnímavé a pracovité. Vzhledem ke všem reformám to mají však stále těžší. V praxi je kladen důraz na to, aby sestra, která poskytuje zdravotní péči, byla na vysoké odborné úrovni. Sestry, které dnes nastupují do pracovního poměru, jsou již dobře jazykově i odborně vybaveny a jsou připraveny být v novém pojetí koncepce ošetrovatelské péče adekvátním partnerem lékaře, nejen bezmyšlenkovitě plnit jeho příkazy. Sestrám jsou a stále více budou přidělovány kompetence, které budou umožňovat samostatnější výkon povolání. S tím je spojeno samozřejmě vzdělávání. Dnes může sestra vystudovat vysokou školu, obor ošetrovatelství. V České republice je možné studovat ošetrovatelství v bakalářském a magisterském programu. Magisterský program, obor Ošetrovatelství se studuje pouze na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, na Ostravské univerzitě v Ostravě a na univerzitě v Pardubicích. Na fakultách v Praze, v Ústí nad Labem, v Brně, v Plzni a v Olomouci se studuje bakalářský program, kde navazujícím magisterským studiem není obor Ošetrovatelství, ale obor např. Specializace ve zdravotnictví.

Velkým nedostatkem v profesní přípravě zdravotních sester je fakt, že se velice systematicky vyučuje a probírá péče o nemocné, avšak péče sama o sebe je ponechána soukromé iniciativě každé zdravotní sestry. (Křivohlavý, Pečenková, 2004)

Problémem zatím také zůstává nespravedlivé ohodnocení vysokoškolsky vzdělaných sester. Stále ještě platí, že lépe jsou placeny „staré“ sestry podle odpracovaných

let ve zdravotnictví, než podle vzdělání.

Požadavky Evropské unie na zkvalitnění ošetrovatelské péče iniciovaly vznik vyhlášky č. 423/2004 Sb., která byla později změněna vyhláškou č. 321/2008 Sb. Od ledna 2010 nově platí vyhláška č. 4/2010, Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Na jejím základě jsou zdravotní sestry povinné se v podstatě celoživotně vzdělávat a prostřednictvím takto získaných kreditů také jednou za šest let obnovovat svou registraci. Pokud tak neučiní, pozbývají oprávnění vykonávat zdravotnické povolání bez odborného dohledu.

2.1.2 PRACOVNÍ NÁPLŇ A NEJASNÉ KOMPETENCE

Profesní kompetence popisuje Tureckiová, dle ní „představují soubor schopností, znalostí, dovedností, reflektovaných životních i pracovních zkušeností, které se promítají do pracovního jednání a slouží k efektivnímu zvládnutí pracovních funkcí a rolí vyplývajících z pracovní pozice a jež jsou přitom aspoň v určitých svých aspektech přenosné mezioborově.“ (Tureckiová, 2003, s.31)

Profese zdravotní sestry patří mezi regulované profese. To znamená, že jen právně závazným předpisem se určuje vzdělání zdravotní sestry, označení její odbornosti a kompetence, ale i sankce za výkon neoprávněnými osobami. V České republice jsou regulována všechna zdravotnická povolání.

Mezi základní právní předpisy patří Zákon o péči o zdraví lidu (20/1966Sb.), který definuje výkon povolání *lege artis* „... v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy...“ a uvádí také povinnosti zdravotnického pracovníka.

Zákon č.96/2004Sb popisuje režim výkonu povolání, a to jednak bez odborného dohledu, ale zásadně na základě indikace lékaře. V tomto režimu smí pracovat pouze sestra s osvědčením neboli registrací. Dále je popsán režim výkonu povolání pod odborným dohledem a pod přímým vedením. Odborný dohled může vykonávat i lékař v rozsahu svých kompetencí. Tento zákon uvádí také základní definici obsahu povolání zdravotní sestry – poskytování ošetrovatelské péče a podíl na poskytování léčebné a diagnostické péči.

Sestry vnímají takto stanovený rozsah svých kompetencí spíše záporně. Dle zákona sice mohou provádět určité výkony bez dohledu lékaře, ale pouze na základě jeho

indikace.

Pracovní náplň zdravotní sestry je velice podrobně a přesně stanovena vyhláškou č.424/2004 Sb. určující regulované činnosti, tedy ty, které jsou vyhrazené daným profesionálům. Zdravotní sestra se podílí v souladu s diagnózou lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče.

Jde skutečně o značně obsáhlý soubor rozličných činností, proto zmíním jen některé. Náplň práce sestry tedy zahrnuje poskytování kompletní ošetrovatelské péče v souladu se standardy, vede zdravotní dokumentaci a zajišťuje činnost s přijímáním, propouštěním a překladem pacienta, poskytuje pacientům informace dle své odborné způsobilosti a současně také od nich získává důležité a citlivé informace, které se stávají součástí zdravotnické dokumentace. Soustavně sleduje a hodnotí fyzický i psychický stav pacienta a jeho životních funkcí, podílí se na praktickém vyučování, dbá na dodržování hygienicko epidemiologického režimu.(Vyhláška č.424/2004 Sb)

2.2 MNOHOČETNOST ROLÍ

Velkým rizikovým faktorem vedoucím k vyšší psychické zátěži je mnohočetnost rolí. Role sestry prodělala složitý vývoj a mění se stále. Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestrách nové dovednosti, které nebyly požadovány v minulosti. Jde o širší spektrum dovedností zejména ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují a provázejí stále více nemoc a zdraví jedince nebo skupiny. Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, které jsou různě členěné. Sestra se stále více stává členkou zdravotnického týmu, která je schopná samostatné práce. Protože se mění kompetence sestry, mění se i obsah její práce a profese se stává samostatnější. (Staňková, 2002)

Dle Staňkové (2002), mezi základní role sestry v současném ošetrovatelství patří:

- sestra pečovatel, sestra poskytující základní ošetrovatelskou péči (péče o nemocné ve zdravotnickém zařízení i v terénu)
- sestra edukátor podílející se na prevenci zdraví a jeho upevňování, učí pacienty praktickým dovednostem, napomáhá pacientům a jejich rodinám naučit se žít s chronickým onemocněním

- sestra jako obhájce nemocného podporuje pocity bezpečí a jistoty u pacientů tím, že se snaží rozpoznat pacientovi potřeby a přání, když toho není sám schopen
- sestra koordinátor plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči, pracuje v týmu a snaží se získávat pacienta i jeho rodinu pro spolupráci
- sestra asistent připravuje pacienta na různá vyšetření, asistuje u nich a zajišťuje také terapeutické činnosti naordinované lékařem (Staňková, 2002, s.78)

Bártlová (2005) se domnívá, že se může jednat o „díličí“ role například v těchto oblastech: ošetrovatelsko pečovatelská, expresivní, výchovná, instrumentální (technická), poradenství (rodina, veřejnost atd.), podpora a výchova ke zdraví (prevence), organizace a administrativní atd. Rolovou adaptaci vidí autorka jako zvláště obtížnou. A to zejména proto, že role sestry je kolektivně orientovaná (nastavena na sebeobětování), avšak před tím byly její zájmy a postoje individuální.

2.3 FYZICKÁ A PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ, PRACOVNÍ STRES

Od sestry se automaticky očekává, že ovlivní prožívání a jednání nemocných, že unese fyzicky vysoké nároky své profese. Zvládne bolest, utrpení, zármutek nejen pacientů a jejich příbuzných, ale také ten svůj. Jako v málokteré profesi musí sestra skloubit technickou zručnost s vysoce citlivým psychologickým přístupem. Je třeba zvládat všemožné administrativní činnosti, práci na PC, vyznat se v sazebnících, vyhláškách, předpisech, zvládat ošetrovatelskou dokumentaci.

Práce sestry sebou nese specifické problémy, směnný provoz, nedostatek spánku, přesčasy, nemoci z povolání, práce ve střídavém tempu. Realita je taková, že během jedné směny sestry procházejí různými stresovými situacemi – od čekání na práci až po momenty, kdy jde doslova o vteřiny. Obrovským stresorem je moment překvapení. Očekávání kritických situací – hromadné neštěstí, polytraumata přímo z terénu, zástava.

Kebza a Šolcová (2003) ve své publikaci věnované syndromu vyhoření uvádějí, že pracovní stres může být klasifikován do několika kategorií:

- problémy související s rolami, které jedinec zastává – konflikt rolí
- nároky související s obsahem práce - pracovní zatížení a odpovědnost

- organizace práce – potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědností
- profesní perspektiva – nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace
- fyzické prostředí – hluk, prach, teplota, bezpečnost práce

Jako vysoce stresogenní hodnotí ve své publikaci takovou práci, která je charakterizována vysokými nároky na kvalitu, odpovědností a nasazením pracovníka při současně nízké autonomii pracovní činnosti. Autonomie pracovní činnosti představuje možnost pracovníka rozhodovat o tempu práce, její povaze a podmínkách. (Kebza, Šolcová 2003)

Příčiny psychického zatížení tkví jednak ve vlastní práci sestry a také v jejím osobním životě. Příčinami psychického vypětí pracovního charakteru jsou vysoké nároky na psychické stavy a na psychické procesy. V literatuře je popisují i další autorky. Čechová (1999) zdůrazňuje především stálou, intenzivní pozornost, kterou sestra musí věnovat zdravotnímu stavu nemocného, využívání různých druhů paměti. Vyladění na pacienta, vysoká expozice opakovaným, silným citovým prožitkům při setkání s bolestí, umíráním a smrtí člověka. Vysoké požadavky jsou kladeny na osobní vlastnosti sester s nutností sebevýchovy a ovládním, zejména při ošetrovatelských úkonech spojených s nepříjemnými smyslovými vjemy. (Čechová, 1999)

Beňovská (2002) přidává další faktory, které vedou k psychickému zatížení. Od sestry se očekává, že v krátkém časovém úseku zvládne mnoho úkolů a povinností. Připomíná nedostatečné materiální vybavení, finanční ocenění, nedostatek personálu, nedostatečné kladné ohodnocení, agresivitu, které je sestra vystavena ze strany klientů a jejich příbuzných. V neposlední řadě jsou velkou psychickou zátěží pro zdravotní sestry špatné vztahy v pracovním kolektivu, devalvující přístup ze strany lékařů, vedení, veřejnosti.

V současné době mohou být pro sestry velmi stresující zvyšující se nároky na kontinuální vzdělávání a dezorientace sester v oblasti reformy zdravotnictví. Vztahy a komunikace na pracovišti (Beňovská, 2002)

Seskupení lidí na oddělení klade vysoké nároky na sociální komunikaci. Časová a prostorová blízkost sama o sobě nutí lidi komunikovat a ne vždy je možné respektovat sociálně psychologické rozdílnosti členů skupiny, jak doporučuje Bedrnová, Nový (1988).

Ve svém příspěvku takové situace popisuje, Zachová (2008). Uvádí, že ošetrovatelství je náročná profese, vyžadující dokonalou souhru celého týmu. Pokud chybí

vzájemná tolerance, jsou pracovní vztahy narušeny. Netolerance je často příčinou střetů mezi sestrou a lékařem, které sestry považují za jedny z nejvíce devalvujících, zejména, když se stanou před očima pacientů, nebo jsou do konfliktu vtaženi kolegové. Časté jsou problémy při přesouvání lékařských kompetencí na sestry. Druhou otázkou je rozhodování o prioritách v ošetřování nemocných, kdy lékař vyžaduje asistenci při výkonu, když sestra vykonává jinou činnost a lékařský výkon není pro pacienta akutní. Samozřejmě také nepřátelské vztahy mezi sestrami navzájem vedou k atmosféře, v níž se nejen špatně pracuje, ale tyto potíže vycítí i pacienti (Zachová, 2008)

O vlivu negativních vztahů píše Křivohlavý v kazuistikách, tj. v přesných popisech případů, které končily syndromem burnout. Velice často se v nich setkáváme s údaji o tom, že dříve nežli k psychickému vyhoření došlo, v daném společenství lidí kolem postiženého (rodině, pracovní skupině, zájmové skupině) byly špatné vztahy mezi lidmi. Čímž je myšlena existence sporů, konfliktů. Je možno hovořit o hádkách, urážkách, napadání jednoho člověka druhým slovním i brachiálním, o přehnané asertivitě, hostilitě, agresivitě. Hlubší pohled do takového společenství ukazuje malou míru vzájemné úcty, respektu, malou míru evalvace (kladného hodnocení jedněch druhými), nadměrné projevy devalvace (ponižování, urážení, snižování kladné hodnoty druhých lidí), nedostatek vzájemné důvěry. Často jde o nadměrně nezdravé projevy touhy po moci a nadvlády, případně snahy o zneužití moci. (Křivohlavý, 1998, s.29)

Také Nekonečný (2005) přikládá význam zejména organizačnímu klima s příjemnou atmosférou a otevřenou komunikací, které pozitivně ovlivňuje pracovní spokojenosti a ve většině případů také zvyšuje pracovní výkon. (Nakonečný, 2005)

2.3.1 VÝZKUMY PRACOVNÍ SPOKOJENOSTI

Výzkumy zaměřené na zdravotnictví se týkají převážně pracovní spokojenosti a syndromu vyhoření. Přímo na supervizi jsou zaměřené výzkumy pouze v sociálních sférách. Často je supervize uváděna v závěrečných doporučeních. Někde je pouze naznačena, jinde je supervize přímo nadefinována.

Zajímavé je srovnání výsledků výzkumných studií. Vaculíková ve své diplomové práci z roku 2005 uvádí výsledky studie provedené Trachtovou (1998), která se zabývala stresogenními faktory vyskytujícími se v práci sester. Zjišťovala, které jsou pro sestry nejvýznamnější. Výsledkem je zjištění následujících makrostresorů: finanční

ohodnocení, administrativa, nedostatek sester, ošetřování umírajících, nedostatečná prestiž oboru a profesionální odpovědnost. K podobným závěrům dochází o dvanáct let později ve svém výzkumu Bártlová (2010).

S obdobnými výsledky nás seznamuje výzkum o sociální opoře sester (Pečenková, 2002), který proběhl na čtrnácti pracovištích FN Hradec Králové a výzkumem syndromu vyhoření (Beňovská, 2002) u zdravotních sester v Nemocnici s Poliklinikou Uherské Hradiště. Výsledky prvního výzkumu ukázaly, že většina sester se na pracovišti cítí poměrně dobře. Nejvíce zatěžující jsou pro sestry kontakty s nadřízenými, péče o nevyлéčitelně nemocné i umírající a špatná organizace práce na daném pracovišti. Druhý, výše zmíněný výzkum syndromu vyhoření u sester, došel k závěru, že sestry trpí různou intenzitou vyhoření, a to ve všech jeho dimenzích, což nepříznivě ovlivňuje jejich osobní život i profesní výkony.

Pracovní spokojeností zdravotních sester na úseku intenzivní medicíny v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem¹ se zabýval Jan Benda. Ve svém dotazníkovém šetření z ledna 2007 uvádí, že největším zdrojem stresu pro zdravotní sestry je počet úkolů, příp. pacientů, vztahy v pracovním kolektivu, emoční náročnost práce, konfrontace s utrpením, smrtí apod.

Na otázku „co sestrám v práci nejvíce vadí“ na prvních místech uváděly:

- časová tíseň, množství práce, nedostatek personálu
- konflikty mezi kolegyněmi, nesnášenlivost, netolerance, pomluvy
- nespolupráce s lékaři, jejich arogance

V dalším pořadí pak vztahy s lékaři, s nadřízenými aj. např. vztahy v rámci organizace, zvládání směnného provozu. (Benda, 2007)

3 PODPORA ZDRAVOTNÍCH SESTER

Jak ve své práci uvádí Vaculíková (2005), studie zkoumající pracovní zátěž sester často uvádí doporučení, o kterých se domnívají, že povedou ke zlepšení situace na zkoumaných pracovištích. Jedná se o posílení zdravotnického personálu, lepší technické

¹ Dotazníkové šetření „Jak se máte sestřičky?“ připravil PhDr. Jan Benda ve spolupráci se staniční sestrou paní Marcelou Kenezovou v lednu 2007. PhDr. Benda působil v letech 2006-2007 na úseku intenzivní medicíny jako psycholog pro zdravotníky.

vybavení a opatření organizačního charakteru. Doporučení na psychosociální podporu, zkvalitnění komunikace nemají bližší specifikace a jsou vedena spíše v obecné rovině.

Také doporučení, které v závěru své studie uvádí Trachtová (1998), a to zvýšení psychosociální podpory sester, je shodné s doporučením Bártlové (2010)

Z těchto výzkumů mimo jiných vyplynula následující doporučení:

- Dávat lidem příležitost hovořit o svých problémech prostřednictvím zavedení profesionálních poradenských služeb, zřízením psychologické poradny pro zaměstnance.
- K pravidelné korekci profesionálního chování a prevenci vyhoření slouží velmi dobře supervize jako systematická pomoc při řešení profesionálních problémů, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému.
- Výcvik vedoucích pracovníků ve schopnostech vedení pracovní skupiny.
- Vytváření takových pracovních míst, kde je jasně definována role, přesně vymezena kompetence a odpovědnost za poskytovanou péči. Snižovat nebezpečí vyplývající z nejasnosti rolí a poskytovat větší míru autonomie. Rozmísťování lidí na taková místa, která mohou s ohledem na své schopnosti zvládat.
- Zvýšit participaci pracovníků na rozhodování a řízení, vytvořit sociálně citlivé prostředí, které zajišťuje motivaci pracovníků.
- Podpora jednotlivce v jeho sebepozorování a reflexi jeho chování ve styku s pacienty prostřednictvím Bálintovské skupiny vedené kvalifikovaným poradcem, kde se pracovníci pravidelně setkávají, aby si vyměnili informace o vztazích pacientů a personálu.

Pečenková (2002) ve svém výzkumu uvádí, že často se sestry snaží zvládat zátěžové situace především samy, popřípadě hledají oporu u spolupracovníků (obvykle u sester), rodiny a přátel. Vážným zjištěním je, že 5-10 % sester nemá nikde dostatečnou sociální oporu.

3.1 JAKOU PODPORU ZDRAVOTNÍ SESTRY MAJÍ

Důležitým zdrojem podpory je motivace a kladné pracovní ohodnocení od přímého nadřízeného.

Kladné hodnocení pracovníků, evalvace, znamená projevení úcty, vážnosti, respektu k druhým lidem. Zahrnuje hodnocení toho, jak vypadají, co dělají. Po projevu evalvace se člověk cítí poctěn, má více důvodů k lepšímu smýšlení o sobě. (Křivohlavý, 1998).

Opačné, tedy devalvující chování například ze strany nadřízeného znamená ponižování podřízeného pracovníka, nezdvořilé až nepřátelské chování, nadřízený je neochotný vyhovět i opodstatněným požadavkům pracovníka. Ve zdravotnictví to může být například vrchní nebo staniční sestra, která se chová nadřazeně k ostatním sestřám, shazuje a podceňuje je, vytyká jim jejich prohřešky mezi kolektivem, nikoliv z očí do očí, mnohdy ani neodpoví na pozdrav, nechová se k nim s úctou, ignoruje je. Požadavek podřízené sestry je často ze strany vedoucí zamítnut. Takové chování nadřízeného pracovníka je jednou z příčin rozvoje burnout, protože následkem může být to, že sestra začne pochybovat o svých kvalitách, nevěří si v práci a nemá zájem o získávání nových vědomostí. Devalvační a evalvační projevy chování jsou přítomny nejen v interakci nadřízeného pracovníka s podřízeným, ale i při běžném kontaktu a jednání lidí na stejné pracovní úrovni. (Křivohlavý, 1998)

Význam podpory ze strany organizace zdůrazňuje rovněž Bartošíková (2006). Tato podpora dle ní začíná již umožněním kvalitní přípravy na profesi, čímž rozumíme možnost nácviku a uplatnění teoretických znalostí v rámci školní praxe. Autorka sem dále řadí:

- definování poslání organizace, náplně práce a kompetence pracovníka
- kvalitní nácvik nových pracovníků, tzn., že nově přijatý pracovník spolupracuje se zkušenějším členem týmu
- zajištění regenerace, v rozpisech služeb upřednostňování sdruženého volna, poskytování poukázek na regenerační pobyty, aktivity, kulturní akce, apod.
- patří sem i spolupráce s psychology k nácviku antistresových dovedností a podpora neformálního setkávání sester k výměně zkušeností, názorů.
- podpora růstu zdravotnických pracovníků. Především podpora dalšího vzdělávání, zapojení pracovníků do rozhodování, respektování přání a názorů sester např. při vybavování pracoviště a nákupů pomůcek. Umožnění stáží,

studijních pobytů na jiných odděleních nebo v jiných zařízeních za účelem získávání nových zkušeností

- mapování zátěže v práci sester, využívání dotazníků spokojenosti ke zjištění a rozpoznání zdrojů stresu. Důležité je seznámit sestry s výsledky výzkumu a také pro ně navrhnout pomocná opatření.
- zajištění odborného poradenství, seznámení pracovníků s možností využít tuto službu
- zavádění supervize jako celoživotní formy učení zaměřené na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí (Bartošíková, 2006 Matoušek, 2003)

Pracovníci často postrádají jasně definované, dosažitelné a poznatelné cíle, uznání své účasti na chodu organizace, atmosféru důvěry v komunikaci, uznání malých i větších dobrých výsledků a zpětnou vazbu. (Havrdová, Hajný, 2008)

3.2 JAKÁ PODPORA ZDRAVOTNÍM SESTRÁM CHYBÍ

To, co rozhodně zdravotníkům chybí je ošetření jejich emocí a sebe zkušenost. Emocemi profesionálních pracovníků v pomáhajících profesích se zabýval Vymětal (2009). Uvádí, že zdravotníci si často nepřipouštějí, že by na ně mělo lidské neštěstí, jehož jsou svědkem, nějaký špatný vliv. Podobně jako policisté, hasiči, záchranáři, vnímají mnohdy jako projev neprofesionality, pokud na ně vnímané neštěstí dopadne. Jedná se o hluboce zakořeněný předsudek. Člověk není z kamene a jeho práce v traumatizujícím prostředí může mít následky v oblasti duševní pohody, mezilidských vztahů a tělesného zdraví

„Profesionálové si rádi představují, že jejich chování je vždy racionální, založené čistě na odbornosti. Tito profesionálové bývají však pochopitelně také emočně zasaženi (např. i zástupci médií, kteří zpochybňují jejich kompetence a bezúhonnost a podceňují jejich přínos, navíc, když jim veřejnost věří.“ (Vymětal, 2009, s.83)

Nepatřičné emoce se u zdravotníků považují za neprofesionální a bývají potlačovány. Ale právě toto potlačení může motivovat jevy pro práci zdravotníka kontraproduktivní, netrpělivost, bagatelizaci a jiné obranné postoje, pasivní agresí, nedostatek empatie apod. Stejně jako ostatní lidé pociťují profesionálové strach, zlost, depresi, nabuzení. Nepsaný závazek držet emoce na uzdě může mít negativní vliv na jejich práci. (Vymětal, 2009,)

„Setkání s utrpením druhých nás může také trochu pozměnit, zamíchat nám

žebříček hodnot, změnit naše postoje a návyky. Psychika zdravotníků se opírá o stejné mechanismy jako u ostatních lidí. Zástupci těchto profesí sice mohou být odolnější než většina populace, ale zároveň bývají extrémním situacím vystaveni častěji. Tito profesionálové jsou také ohroženi negativním působením chronického i akutního stresu. Zpracovávají své zážitky z traumatizujících situací a hrozí jim emoční vyhoření. Někteří z nich mívají rodinné problémy, zdravotní potíže nebo nadměrně konzumují alkohol. Mnozí opouštějí svá zaměstnání dříve, než by museli.“(Vymětal, 2009, s.117)

Jestliže chceme na sobě pracovat, chceme lépe využívat svůj potenciál a chceme se zdokonalovat, měli bychom vždycky začínat sebepoznáním. Klasik I. Kant řekl: “Sebepoznání je počátkem vši moudrosti.“ Jedině tak dovedeme být otevřenější vůči osobním zkušenostem a také ochotnější něco dělat s odstraňováním vlastních nedostatků. Člověk, který si neuvědomuje některou negativní vlastnost u sebe, má tendenci přisuzovat tuto negativní vlastnost jiným lidem. Sebepoznání také pozitivně ovlivňuje sociální interakci s jinými lidmi, zlepšuje poznávání jiných lidí. (Mikuláščík, 2007, s.33)

Většina zdravotnického personálu se denně setkává s utrpením nemocných, bolestí, psychickými a sociálními problémy, a jen málokdo se pozastaví nad tím, že i zdravotničtí pracovníci mohou mít obdobné potíže. Dobrá supervize pomáhá učit se a rozvíjet naše schopnosti. Kvalitní supervizor může zdravotním sestřím pomoci lépe poznat a využít vlastní zdroje, motivace, poučit se ze svých vlastních chyb. Supervize motivuje provádět pracovní úkony se zájmem. (Hawkins, Shohet, 2004, nebo Kopřiva, nebo Vymětal)

Důkazem, že supervize je řazena jako profesionální podpora pro pracovníky v pomáhajících profesích, je i pořádání seminářů a kurzů pro zdravotníky v Národním vzdělávacím centru pro zdravotníky v Brně.(www.NCONZO.cz)

4 SUPERVIZE

Zdravotní sestry chtějí realizovat své schopnosti a záměry, chtějí být ve své práci dobré, to znamená, že nejprve musí samy u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčeny, že dané činnosti dělají dobře. Teprve poté se cítí naplněné, duševně uspokojené a motivované pro další činnost. Dle mého názoru napomáhá proces supervize tuto potřebu kvalitně rozvíjet.

4.1 DEFINICE

V odborné literatuře můžeme nalézt celou řadu definic supervize. Pelech a Bednářová (2003) například definují supervizi takto: „Cílem supervize není kontrola, ani pouhé předávání rad, informací nebo konzultace nad případem či příkazování, jak dál postupovat a jaké zvolit metody. Supervize je zacílena na odborný i osobní rozvoj pracovníků. Jde o specifickou metodu učení v bezpečném prostředí důvěry, která se zaměřuje na podporu pracovníka, vyjasnění případu, vyhodnocení dosavadních postupů a metod, stanovení dalších strategií, odhalení neuvědomovaných souvislostí, pocitů a emocí, jež mohou ovlivňovat práci s klientem. Při supervizním sezení se reflektují jak prožitky a vztahy supervidovaného pracovníka k jeho sociálnímu prostředí (k rodině, dětem, partnerovi, klientovi, sobě samému), tak i prožitky klienta.“ (Pelech, Bednářová, 2003, s.68)

Je to spolupráce supervizora a supervidovaného (případně celého týmu) nad tím, aby klienti, pacienti, dostali co nejkvalitnější péči a zároveň, aby se supervidovaný ve své práci cítil dobře. Nejde tedy o to, kontrolovat kvalitu péče na tom kterém pracovišti či schopnosti konkrétního pracovníka. Jde o to, podpořit profesionální růst tak, aby z něj měli naši klienti profit, a my abychom zároveň měli místo, kde někdo pečuje o nás. Dobře vedená supervize je úlevná, povzbudivá, motivující, „nabíjecí“. Dodá nové nápady, podporu, informace, citlivou zpětnou vazbu, někdy třeba jen „pouhý“ pocit sounáležitosti. Podle toho, co je právě třeba. Výsledek je jasný. Nejsme v tom sami, můžeme požádat o pomoc, o podporu. Vyvíjíme se. Supervize není jen „řešení v nouzi“. Patří prostě našemu profesnímu rozvoji. Může pomoci stmelit, zefektivnit náš pracovní tým, může pomoci zprůchodnit komunikaci, může nám pomoci poznat své silné a slabé stránky, takže se nám v práci tolik nepletou pod nohy. Důležité je, že supervizor nemá žádnou institucionalizovanou moc. Nemůže nikoho potrestat, vyhodit, sesadit. Je jen facilitátorem (urychlovačem) našich silných stránek, které nám pomáhá najít, využít, dále rozvíjet.

Havrdová popisuje supervizi takto: „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 supervizí.“ (Havrdová, Hajný, 2008, s.19)

Z výše zmíněného je zřejmé, jak významně se dialog podílí na celém procesu supervize. 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. (www.cs.wikipedia.org/wiki/dialog)

Další důležitou součástí pro pochopení pojmu supervize je reflexe. „Ta umožňuje člověku zaujmout určitý odstup vůči vlastním myšlenkovým pochodům.“ 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. Supervize organizuje příležitost k reflexi. Jde o vynořující se postřehy, které se postupně skládají do nových souvislostí, nebo dojde k prohloubení pochopení známých souvislostí. (Havrdová, Hajný 2008, s.30)

4.2 CÍLE SUPERVIZE

Na nejdůležitějším cíli se podle Havrdové (2008) shoduje většina autorů. Tímto cílem supervize jako profesionální aktivity je zlepšování či udržení kvality služby. Tento cíl je možno považovat za jakýsi „nadcíl“. Všechny ostatní pak směřují hlavně k tomuto úkolu.

4.2.1 OBECNÉ CÍLE SUPERVIZE:

krátkodobé – například získání elementárních profesionálních dovedností, vytvoření základních podmínek pracovního týmu k úspěšné práci

dlouhodobé – například formulace a monitoring plánů osobního rozvoje pracovníků, harmonizace fungování celé organizace, zvyšování citlivosti organizace na potřeby klientů (Matoušek, 2003)

Smyslem supervize je pomoc pracovníkům, klientům i celému zařízení, jejím obsahem a náplní pak zvažování nejen kvality péče o klienta samotného, ale i dané péče celkově. Nejvýznamnější složkou celého procesu jsou vztahy, nástroji zejména zaměřené pozorování a cílené otázky, vztahující se k cíli práce, prostřednictvím zjišťování, ověřování, uvědomování procesu a již zmíněných vztahů. (Procházková, 2002)

Jak uvádí Krušinská (2008) ve své bakalářské práci, funkcí supervize není jen odborný růst, ale supervize, pokud je kvalitní, pomáhá předcházet nebo zpracovat nebezpečné syndromy, které se v pomáhajících profesích často vyskytují. Jedná se o syndrom vyhoření a syndrom pomáhajícího. I kvůli nim je supervize v pomáhajících profesích tak důležitá.

Hawkins a Shohet (2004) uvádí, že by supervize měla: pomoci zajistit kvalitu

práce, poskytovat pravidelně supervidovaným prostor pro uvažování o obsahu a procesu své práce, rozvíjet porozumění a dovednosti v práci, pomoci získávat informace a jinou perspektivu týkající se vlastní práce, poskytovat zpětnou vazbu o obsahu i procesu, poskytnout uznání a oporu, zajistit, aby nebyl jedinec nucen ani jako člověk a ani jako pracovník nést obtíže a problémy sám, poskytnout prostor k prozkoumání a vyjádření osobních trápení, vracejících se podnětů, přenosů či protipřenosů, které může práce přinášet. (Hawkins, Shohet, 2004)

Úlehla (1999) říká, „že supervize slouží k vyjasnění poslání pracoviště a celé organizace, prevenci syndromu vyhoření pracovníků, prevenci zahlcenosti a přepracovanosti pracovníků, k účinnému zvládnání pocitů bezmoci a viny a k účinnějšímu zacházení s vlastními zdroji pracovníků.“ (Úlehla, 1999, s.118)

Pecora (in Úlehla, 1999) dále vidí supervizi jako nepostradatelnou podporu soustavné aplikace filozofie poslání dané služby, posílení pracovníka a podporu jeho respektu k sobě samému, podporu jeho profesního i osobního růstu, dále dostupnost pro celý tým, znalost účinných způsobů práce, pomoc týmu stanovit priority. Nezbytná je také vyváženost supervizorovy nabídky, aby měl pracovník jistou autonomii ve svém rozhodování. (Pecora in Úlehla, 1999, s.117)

Havrdová (2008) spatřuje celou šíři cílů supervize podle účelu od usměrnění pracovníka, aby si počíнал správně v rámci stanovených pravidel a dobré profesionální praxi, zlepšení odborných kompetencí pracovníka při práci s klientem a povzbuzení k překonání překážek až k budování dobrého vztahu a atmosféry, posílení a zplnomocnění supervizanta. (Havrdová, Hajný, 2008)

Každý z uvedených autorů směřuje cíle supervize trošku někam jinam, takže když se spojí dohromady, dávají dobrý obraz o tom, co může být v organizaci cílem a náplní supervize.

Horská, ve své diplomové práci uvádí, že v sociální sféře je supervize využívána především s důrazem na tři hlavní zaměření, a to jako nástroj pro prevenci syndromu vyhoření, dále pro zlepšení mezilidských vztahů na pracovišti a jako „konzultace“, kdy se děje celá řada jevů, od řešení etických problémů, podávání zpětné vazby až po vytváření vhledu do problému za pomoci supervizora, což tedy souvisí s konkrétními pracovními klienty (případy) supervidovaných. Jde o to, že supervize zatím nemá takovou tradici a lidé obvykle nevědí, co všechno může supervize v organizaci zastat a co od ní mohou očekávat. (Horská, 2010)

4.3 FORMY, DRUHY A FUNKCE SUPERVIZE

Velmi přehledně uvádí faktory a druhy supervize Havrdová (in Havrdová, Hajný 2008, s. 47). Supervize může být:

- Externí nebo interní, dle toho, **kdo** supervizi provádí (faktor autority)
- Individuální, skupinová, týmová, dle toho, **s kým** je supervize prováděna (faktory role, kompetencí a vztahů)
- Případová, poradenská nebo programová, dle toho, **o čem** supervize je (faktor zaměření)
- Administrativní výuková a podpůrná, dle toho, **jak** je supervize prováděna (faktor přístupu)
- Pravidelná, příležitostná, krizová dle toho, **kdy** je supervize prováděna (časový faktor)

Jako hlavní kategorie uvádí Hawkins a Shohet (2004, s) tyto:

- Výuková supervize, zdůrazňuje vzdělávací funkci, pomáhá rozebírat práci s klienty, podpůrnou a řídicí funkci poskytuje supervizantů někdo na pracovišti
- Výcviková, kdy jsou supervidovaní v jakési výcvikové či učňovské roli.
- Řídicí (manažerská) supervize je taková, kdy supervizor je také nadřízeným supervidovaného
- Poradenská, kdy supervizor není ani instruktorem ani vedoucím a supervidovaní s ním konzultují otázky, které chtějí probrat.

Jako hlavní funkce supervize uvádí Havrdová (2008) funkci řídicí neboli administrativní, 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. Dále může vést ke zlepšení řízení organizace či týmů, jestli takový účel dojednan v kontraktu. 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 nejen odreagovat a ventilovat své emoce, účelem podpory v supervizi je povzbuzení k překonání překážek, budování dobrého vztahu a atmosféry. „Všechny aspekty supervize stejně jako různé účely se vzájemně doplňují, překrývají a je téměř nemožné je od sebe vzájemně zcela oddělit.“ (Havrdová, Hajný, 2008, s. 53).

4.4 PROČ SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Přestože ošetřovatelství v České republice prochází řadou změn, stále se dostatečně nevěnuje tématu 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. (Havrdová, Hajný, 2008)

Kromě řešení problematických situací je však supervize jednou z interakčních forem profesionální přípravy a dalšího rozvoje. Podle Loganbilla (Hawkins, Shohet 2004) se jedná o intenzivní, mezilidsky zaměřený individuální vztah, kde úkolem jedné zúčastněné osoby je usnadňovat kompetence druhé zúčastněné osoby.

„Reflexe vlastní práce, kterou supervize umožňuje, je důležitá proto, aby si sestry uvědomovaly, co a jak dělají, co při tom prožívají, kde j sou jejich silné a kde slabé stránky, proč některé situace zvládají lehce a jiné jim dělají potíže.“ (Marková, 2010, s. 47)

Supervizi lze označit za celoživotní formu učení, zaměřenou na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí. Zdůrazněna je aktivace vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí vzájemné spolupráce mezi supervizorem a supervidovaným. Cílem je, kromě prevence syndromu vyhoření a stresu z profese, také získání náhledu, reflexe profesních postojů, způsobů kontroly profesních dovedností a znalostí, případně jejich doplňování. Supervize se stává příležitostí pro zpracování emocionálních prožitků či konfliktu spojeného s výkonem povolání. V neposlední řadě supervidovaní dostávají podporu, která je posiluje pro další práci. Tím, že ve zdravotnickém zařízení funguje proces klinické supervize, dává organizace najevo, že si svých pracovníků dostatečně cení. (Jeklová, Reitmayerová, 2007)

Proč tedy supervize ve zdravotnictví?

Protože máme tendence motivované lidi v pomáhajících profesích nechat vyčerpat až k smrti, jim nejvíce hrozí problém vyhoření. Protože klienti či jinak potřební potřebují stálou kvalitu vztahu, protože zaměstnavatelé potřebují dobré pracovníky. (Komerská, 2009)

4.4.1 K VÝVOJI SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ

O historii supervize ve zdravotnictví píše Marková (in Havrdová, Hajný, 2008) Supervize porodních asistentek se objevuje na počátku 20 století ve Velké Británii. Tato supervize doprovázela každodenní praxi studentek a vázala se zejména na splnění administrativních úkolů a na propojení porodnické praxe s právními a organizačními předpisy. Převládal tedy model, který dnes nazýváme supervizí manažerskou. (Havrdová, Hajný, 2008, s.177)

Nejvíce se supervize rozvíjela v sociální práci. Významným impulsem pro rozvoj další formy, totiž skupinové supervize, byl ve dvacátých letech 20 století úzký kontakt sociálních pracovníků s lékaři. Sociální pracovníci se úspěšně začali podílet na diskuzích nad případy v nemocnicích, kde se stávali partnery lékařů svými informacemi o sociálních okolnostech života pacientů. Již tehdy bylo evidentní, že některé případy jsou natolik složité, že se v nich jeden odborník může stěží sám orientovat. Z případových konferencí se rozvinula metoda skupinové supervize, v níž se využívá bohatství znalostí a postřehů různých členů skupiny ke zlepšení práce. (Havrdová, 2003)

4.5 MOŽNOSTI VYUŽITÍ SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Supervize je nezbytná pro profesionální i osobnostní rozvoj sester, především pro podporu a řešení problémů, které vycházejí ze vztahu sestra-pacient. Prostřednictvím reflektování a rozebírání práce zdravotníků s pacienty si lze více uvědomovat emoční reakce na pacienta, chápat dynamiku interakce s pacientem. Významu supervize pro zdravotníky jsou si vědomi také v NCO NZO (Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů) sídlící v Brně. Nabízí zde certifikované kurzy pod názvem „Formy a možnosti supervize“, které jsou určeny všem všeobecným sestřím a dalším odborným pracovníkům. Dalším vzdělávacím programem zaměřeným na rozvoj osobnosti a rozvoj péče o duševní zdraví je certifikovaný kurz s názvem „Zvládání stresu a pracovní zátěže jako prevence syndromu vyhoření“. Oba certifikované kurzy prostřednictvím skupinové a komunitní práce vytvářejí bezpečný prostor pro poznávání sebe sama, poznávání hranic, rozvíjení porozumění pocitu sounáležitosti. (<http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/23>)

Jak uvádí Jičínska (2008) tyto kurzy mohou pomoci v otázkách péče o sebe sama a o druhé, a také nabízí zcela nové vztahové zkušenosti.

O vhodnosti supervize pro zdravotnické pracovníky se můžeme dočíst ve čtvrté části knihy Praktická supervize. Uvádí se zde, že pravidelná reflexe vlastní ošetrovatelské práce, která se během supervizního procesu odehrává, je nejlepším způsobem, jak zvyšovat profesní dovednosti i kvalitu poskytované péče. (Marková, 2008).

V realitě českého zdravotnictví je supervize na dobrovolné bázi, legislativní zakotvení chybí. Její důležitost však dokládá skutečnost, že požadavek na supervizi se stává součástí většiny programů v oblasti sociální péče při udělování grantů. Bezplatná supervize zdravotníků patří také mezi klíčové aktivity projektu „Komplexní systém celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, nelékařů“, jehož cílem je získat kvalifikovaný a motivovaný personál ve FTN s P.

Jak uvádí Marková (2008) „v českém zdravotnickém prostředí není dosud pojem supervize zažit, a tak obrovské rozvojové možnosti, které supervize a supervizní přístup nabízí, jsou velmi málo využívány.“ (Marková in Havrdová, Hajný, 2008, s.179)

Přínosem supervize pro práci zdravotnických pracovníků se také zabývají některé diplomové práce absolventů oboru Řízení a supervize zdravotnických a sociálních zařízení FHS UK. Marková (2006) ve své práci mimo jiné uvádí, že supervizi zdravotníků požadují například Standardy domácí hospicové péče, které však nemají závaznou platnost.

Dobrou zkušenost s využíváním supervize popsala A.Wittich (2000) z univerzitní kliniky ve Freiburgu. Supervizní služby tam byly systematicky poskytovány zdravotním sestram a zdravotnickým týmům od roku 1989. Cíle této supervize byly formulovány jako pomoc zdravotním sestram a týmům zvládat a redukovat profesionální zátěž, napětí a vyčerpání, zlepšit jejich pracovní spokojenost, motivovanost a výkonnost. Také podle této autorky může supervize přispět ke kvalitě péče o pacienty. (Wittich, 2000).

4.5.1 SUPERVIZE JAKO NÁSTROJ KVALITY

Supervize je nástrojem, který slouží k zajištění kvality práce v pomáhajících profesích podporou, vzděláváním a vedením pracovníků, a který jim umožňuje odpovídající profesní růst v adekvátním prostředí. (Horská, 2010)

Havrdová (2008) vystihuje podstatu supervize takto: „Předmětem (i subjektem) je vždycky odborník (odborníci) a jejich odborná činnost v konkrétním kontextu. Východiskem je sdílená živá zkušenost.“ (Havrdová, Hajný, 2008, s.40)

Pomáhající pracovník a jeho růst se však nesmí stát cílem supervize. Potom by se již nejednalo o profesní růst, ale o růst čistě osobní, nešlo by o supervizi, která má být

zaměřena na pracovní kontext a pracovní proces, ale o terapii nebo poradenství (Havrdová, Hajný, 2008).

„Primárním cílem supervize jsou zájmy klienta, nikoliv blaho supervidovaného pomáhajícího pracovníka“ (Hawkins a Shohet, 2004, s.59). Je potřeba, aby supervize byla více zaměřena na ošetrovatelské a lékařské postupy a na dobrou volbu správných intervencí. (Hawkins, Shohet, 2004)

4.5.2 SUPERVIZE JAKO PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

S pojmem supervizi ve zdravotnictví se setkávám nejčastěji ve spojení s prevencí syndromu vyhoření. Jako ústřední formu pomoci při prevenci syndromu vyhoření a jako součást neustálého profesního učení a vývoje, popisují supervizi ve své knize také Hawkins a Shohet (2004). „Právě nedostatek supervize považují tito autoři za jednu ze zásadních příčin opotřebovanosti a zaujímání obranné pozice, které často k syndromu vyhoření vedou.“ (Hawkins, Shohet, 2004, s. 19)

Syndrom vyhoření má celou řadu závažných důsledků jako je zvýšená nemocnost, časté absence, problémy s organizací práce, riziko přetěžování ostatního personálu, zvýšená fluktuace a odliv zdravotnického personálu mimo sektor zdravotnictví.

Hawkins ((2004) uvádí další příčiny, které vedou k syndromu vyhoření. Příčinu vidí v tom, že se pracovníci uprostřed své profesní dráhy přestanou učit a vyvíjet. Začnou se spoléhat na zavedené vzorce vztahů klienty a pacienty a nové klienty berou jen jako opakující se představitele klientů a pacientů, s nimiž se setkali již dříve. Preventivní přístup k vyhoření musí zahrnovat vytváření učícího prostředí, které trvá stejně dlouho jako profesní dráha pomáhajícího. (Hawkins, Shohet, 2004, s.33)

O využití supervize především k pravidelné korekci profesionálního chování a také k zajišťování prevence syndromu vyhoření píše Tošner. Jde o systematickou pomoc (individuální či skupinovou, nebo kolegiální) při řešení profesionálních problémů v bezpečném prostředí, v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na těchto problémech. V prevenci syndromu vyhoření jde o to, aby se člověk byl schopen stále dívat na svou práci i na svět otevřenýma očima, aby byl schopen se učit novému, aby byl zvědavý, měl z práce radost a v lidech viděl lidi, nikoliv jen „klienty“ nebo „pacienty“. (Tošner, Tošnerová, 2000)

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 ošetrovatelského procesu.

„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. Není-li zdravotní pracovník ve své práci spokojen, začne-li na sobě pocítovat vyčerpání a netečnost, což jsou první příznaky syndromu vyhoření, je třeba něco s tím rychle udělat“. (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s.9)

Podpůrný aspekt supervize je v tomto případě nedílnou součástí a snad i nutnou součástí supervize pracovníků odboru sociálních věcí a zdravotnictví. (Havrdová, Hajný, 2008)

4.5.3 SUPERVIZE JAKO SPECIFICKÁ FORMA VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ

Význam a potřeba celoživotního vzdělávání byl již několikrát zdůrazněn a to nejen z hlediska specializovaných odborností. Aby profesionál pracoval stále kvalitně, nesmí ustrnout, nesmí se přestat učit. Jedním z nejúčinnějších způsobů učení v dospělosti je učení z prožitého, reflektováním svých vlastních postojů, hodnot, pocitů a pracovních postupů. Formálním prostorem pro takovou reflexi může být supervize (Marková, 2010 doplnit do odkazů).

Havrdová uvádí, že reflexe nastává, pokud dojde k souběhu čtyř podmínek:

- “zastavení u významného momentu zkušenosti
- zaměření na něj, aktivní pozornost
- vystoupení z obvyklého, zaběhaného rámce nazírání a přístupu k věci
- otevření se něčemu novému, neočekávanému co se vynoří (pocit, postoj, myšlenka, zorný úhel, souvislost)“ (Havrdová, Hajný, 2008, s. 20)

Rovněž Kopřiva (2000) zdůrazňuje význam reflexe a sebereflexe, ke kterému významně napomáhá supervizní proces, který do interakce mezi dvěma jedinci vnáší prvek nadhledu, podpory a rozvoje. (Kopřiva, 2000)

V kontextu celoživotního vzdělávání nelze opomenout definici Koláčkové (in Matoušek, 2003). Autorka supervizi pokládá za „celoživotní formu učení, zaměřenou na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí“. (Koláčková in Matoušek, 2003, s.346)

Havrdová, Hajný (2008) hovoří o andragogickém učení: „Právě andragogický

přístup k celoživotnímu učení pracovníků podivuhodně dobře konceptualizuje trvalý proces, k němuž v supervizi dochází.“ (Havrdová, Hajný, 2008, s.22-23)

Mnohem lépe se ukládají informace, které jsou prožité a může to být prožitek třeba jen v modelové podobě. Samotný proces supervize 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.

Vzdělávací aspekt supervize je podle Havrdové (2008) přítomen v každé supervizi. Supervizor reaguje na konkrétní problém či situaci, s níž supervizant přichází a cílem je „zlepšit odbornou kompetenci pracovníka při práci s klientem“.

Smysl a význam supervize v celoživotním vzdělávání potvrzují i výzkumná zjištění Krušinské (2008). Ta ve své práci uvádí, že tři pětiny sociálních pracovníků, zaměstnanců státní správy (majících již zkušenost se supervizí), by uvítaly uznání supervize jako součásti celoživotního vzdělávání.

5 MOŽNOSTI A PODMÍNKY PRO ZAVÁDĚNÍ SUPERVIZE DO ORGANIZACE

Smyslem supervize je napomáhat pracovníkům, uživatelům služby, i celému zařízení. Je velice důležité a přínosné organizaci na supervizi dobře připravit. Organizace by měly vědět, jak si ji mohou objednat, jak vyjednat kontrakt, jakého supervizora pro své zaměstnance zajistit, apod. Zaměstnancům je potřeba umožnit, aby porozuměli tomu, k čemu jim supervize může být a jaké druhy problémů jsou řešitelné supervizí. Supervize není jednorázová konzultace, ale kontinuální proces vyrůstající ze vztahu mezi supervizorem a supervizanty. (Havrdová, Hajný, 2008)

5.1 ORGANIZACE

Klasickou definici organizace uvádí Matoušek: „Organizace je hierarchicky strukturovaná a řízená skupina lidí sledující určitý cíl. Organizace umožňují efektivnější koordinaci lidí při sledování cíle než neformální skupiny. Odděluje funkce od osoby, která ji vykonává; má formálně definovaná pravidla vnitřních i vnějších vazeb.“ (Matoušek, 2003, s.)

Dle Musila (2004) lze organizaci chápat jednak jako pracovní komplex a jednak jako způsob integrace lidí ve skupinách. V prvním významu je organizace

charakterizována jako celek, v němž je propojena jeho funkce (např. poskytování určité služby klientům) s podmínkami, které jsou pro naplňování této funkce potřebné. Těmito podmínkami se rozumí zdroje, (personál, finance, informace, dostupnost nabízených služeb, atd.), které organizace využívají k naplňování daných funkcí, dále pak nástroje (přístupy ke klientům a metodika práce s nimi), navázání kontaktu s vhodnými klienty, kteří mají zájem služby využívat a v neposlední řadě také fungování infrastruktury doprovodných služeb (komunikační sítě, účetnictví, právní servis a jiné). Fungující organizace musí umět všechny tyto podmínky vzájemně sladit. V druhém slova smyslu je organizace chápána jako způsob integrace. Jde o způsob, kterým se lidé spojují do skupin. To je potřebné k tomu, aby se mohly všechny výše uvedené podmínky vzájemně sladit. Důležitým faktorem pro vytváření fungujících organizací jsou skupiny nikoli samotní jednotlivci. Pouze vzájemně se podporující a doplňující se skupina může vytvořit komplex vhodný pro poskytování potřebných služeb svým klientům.

Organizace jsou také určitým omezováním svobody, limitováním individualismu, a to v zájmu celku. Čím větší je organizace, tím větší jsou nároky na adaptování jedinců, tím větší jsou nároky na jednodušnost celé organizace. (Bedrnová, 1998)

Organizace je otevřený systém. Tento pohled supervizorovi umožňuje neztratit ze zřetel, jak jsou propojeny části organizace mezi sebou navzájem a ve vztahu k celku. Existence a přežití organizace závisí i na její schopnosti vzájemné komunikace a interakce s vnitřním prostředím.

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem (MNUL)

MNUL je součástí společnosti Krajská zdravotní, a.s., která vznikla transformací pěti nemocnic do jednoho celku. Nemocnice, která do té doby byla samostatným subjektem spadajícím pod kompetenci Krajského úřadu Ústeckého kraje, se tak z příspěvkové organizace stala odštěpným závodem Krajské zdravotní, a.s.

Jak uvádí Bedrnová, organizace jsou dynamickým lidským systémem. Lidské organizace se neustále mění, mohou být složité i jednoduché, uspořádané i neuspořádané. Jakmile se organizace rozrůstá, mění se její organizační struktura. Velké organizační systémy potřebují formální organizační strukturu, protože jinak by vážla komunikace. Velké organizace, jakou je Krajská zdravotní, jejíž součástí je Masarykova nemocnice, se stávají více a více institucionalizovanými. Vznikají problémy, jako je velká vertikální vzdálenost mezi vrcholovým řízením a řadovými pracovníky. Komplikuje se přímá

komunikace, dochází k desinformacím a chybám, k protahování komunikačního toku, k separaci některých lidí. (Bedrnová, 1998).

5.2 KULTURA ORGANIZACE

Kultura zkoumá společné znaky, podobnosti a rozdíly mezi různými, geograficky oddělenými sociálními společenstvími. Společná přesvědčení, hodnotové preference a normy jako významná součást kultury jsou rovněž rozhodujícím předpokladem pro přibližně shodné vnímání a interpretaci světa a orientaci v něm. Kultura tak zprostředkovává významy ve vzájemné interakci lidí v jejich společném prostředí a v historicky určité době. (Bedrnová, 1998)

Různí autoři uvádějí různé definice podnikové kultury. Bedrnová uvádí definici Scheina, který věří, že „organizační nebo firemní kulturu jako vzorec základních a rozhodujících představ, které určitá skupina našla či vytvořila, odhalila a rozvinula, v rámci nichž se naučila zvládat problémy vnější adaptace a vnitřní integrace, a které se tak osvědčily, že jsou chápány jako všeobecně platné. Noví členové organizace je mají pokud možno zvládat, ztotožnit se s nimi a jednat podle nich.“ (Schein in Bedrnová, 1998, s.467)

Stejný autor o podnikové kultuře hovoří jako o sbírce hodnot, symbolů, podnikových hrdinů, rituálů a vlastních dějin, které působí pod povrchem a mají velký vliv na jednání lidí na pracovních místech. (Schein in Bedrnová, 1998, s.466)

„Jedná se o soubor nevyjádřených postojů, hodnot a oceňovaného či sankcionovaného chování v organizaci.“ (Havrdová, Hajný, 2008, s.66)

Pohled na položky kultury organizace (podle Bath Associates):

Artefakty – rituály, symboly/loga, stanovy, budovy, organizační struktura.

Chování – nepsaná pravidla o tom, jak se chovat, o čem mluvit a nemluvit, jak se vztahovat k ostatním.

Myšlenkové stereotypy – jako „brýle“, kterými vidí členové organizace sebe sama, prostředí, ve kterém pracují, a vznikající problém.

Emocionální základ – jako skupinové pocity, které podbarvují a ovlivňují předchozí tři úrovně.

Plně viditelná a vědomá je pouze část kultury organizace. Normy chování a konvence mohou fungovat bez toho, že by si jich lidé byli plně vědomi, stejně jako

konvencí, které je ovlivňují. Myšlenkové stereotypy mohou být podvědomé – tak jako si neuvědomujeme brýle, kterými se díváme na svět. Emocionální základ může být plně nevědomý. Když organizaci navštívíme poprvé, je spousta věcí, které zaznamenáme o její kultuře. Po třech čtyřech měsících, si leccého přestaneme všimnout, protože se socializujeme, přizpůsobíme se kultuře, začneme nosit kolektivní brýle. Nevědomé procesy ve skupinách a organizacích jsou tvarovány kulturou organizace, udržovány myšlenkovými stereotypy, rituály. (Libra, 2006)

Hawkins (2004) jednoduše definuje kulturu organizace jako něco, co přestanete velmi brzo vnímat, pokud se tam vyskytujete delší dobu. (Hawkins, Shoher, 2004).

Jasná kritéria organizační kultury, která jsou přijímána většinou členů, ukazují na silnou organizační kulturu. Ve slabé organizační kultuře nejsou normy chování jednotné, existují četné odchylky a subkultury. Silná organizační kultura dokáže usměrnit jednání lidí v organizaci a přejímá regulační funkci. (Ivanová, 2006)

Většina autorů se shoduje, že kultura organizace hraje významnou roli při zavádění supervize do organizace.

Vnějšími artefakty kultury Masarykovy nemocnice je užívání jednotného loga, jasná organizační struktura, prezentované vize, cíle a strategie, se kterými se můžeme seznámit ve výroční zprávě Masarykovy nemocnice z roku 2009. (dostupné na www.mnul.cz) Dočteme se zde, že nemocnice chce být zákaznický orientovanou společností, opírající se o všestranně vzdělané, vnitřně motivované a se strategií ztotožněné zaměstnance. Na stejném místě se můžeme dozvědět, že ve své vizi usiluje nemocnice o dodržování jednotných standardů poskytované zdravotní péče a dalších služeb v celé společnosti, buduje špičková zdravotnická centra prosazující se i v mezinárodní konkurenci. Chce být nejen velkým, ale i vyhledávaným zaměstnavatelem, umožňujícím kontinuální rozšiřování znalostí a dovedností svých pracovníků.

Je zde i jasně vytyčená strategie, kde se klade důraz na orientaci na zákazníka, vyzdvihuje se snaha o vůdčí úlohu ve zdravotnictví Ústeckého kraje, přesahující do širšího regionu. Deklaruje zde také uchování jednotné firemní kultury, při zachování vnitřní soutěživosti. (Výroční zpráva MNUL, 2009)

5.3 KULTURA UČÍCÍ SE ORGANIZACE

Podmínkou úspěšného zavádění supervize na pracovišti je podle Hawkinse a Shoheta (2004) kultura „učící se organizace“. Tento pojem je znám z oblasti managementu a týká se především řízení transformace podniků. Jde o prolomení tradičních myšlenkových schémat a orientaci na nové hodnoty a rozvíjení jasně představy nových strategií. Rovněž Havrdová (1999) poznamenává, že pro úspěšné zavádění supervize do organizace je důležité směřovat ke kultuře učící se organizace, která je otevřená vůči celoživotnímu učení.

„Učení v organizaci je pojímáno jako neustálé zkvalitňování jednání na základě vysoké kvality vědomostí a lepšího pochopení jeho účinků.“ (Bedrnová, Nový, 1998, s.452). Učit se jsou schopni nejen jednotliví pracovníci, ale také týmy a celé organizace. Základem je samozřejmě učení individuální, ale současně také společné myšlení a úsudky.

V učící se organizaci proces učení závisí na ochotě jednotlivých pracovníků učit se, ale převládá učení ve skupině (týmu) co nejbližší pracovnímu procesu a je podporována maximální otevřenost k rozvoji. Do procesu učení jsou začleněni všichni spolupracovníci. (Bedrnová, Nový, 1998, s.542)

Také dle Hawkinse a Shoheta jsou charakteristickými znaky pro kulturu učící se organizace podpora vzájemného učení mezi lidmi (vědomě a trvale), snaha o vytvoření základny vzdělaných pracovníků, podpora výměny informací mezi zaměstnanci, rozvíjení organizace práce a akceptace nových myšlenek a změn. (Hawkins, Shohet 2004)

Bedrnová, Nový (1988) uvádějí koncept učící se organizace, v níž je maximální pozornost věnována odbornému a osobnímu růstu všech pracovníků, včetně manažerů. Pouze takový sociální systém je schopen úspěšně se prosazovat v neustále se měnícím tržním hospodářství. Pokud hovoříme o učící se organizaci, máme na mysli celou organizaci, včetně vrcholového managementu. Velmi často se stává, že vedení nařídí svým pracovníkům školení, aniž by projevilo ochotu se něčemu novému naučit. Pracovníci mohou dostat zajímavé poznatky, které však v „nevědoucím“ řídicím prostředí nemohou uplatnit. Zvyšuje se jejich nespokojenost a s ní i tendence ke změně zaměstnavatele. (Bedrnová, Nový, 1998, s.32)

5.4 SUPERVIZE JAKO ORGANIZAČNÍ ZMĚNA

“Organizační změny a organizační rozvoj by měly vést ke stále vyšší prosperitě. Měly by vždy vycházet z diagnózy současného stavu. Měl by být vypracován návrh postupů, jak ke stanovenému cíli dospět.“ (Bedrnová, Nový, 1998, s. 219)

Pro změny je třeba připravit půdu, plánovat je, přesvědčovat vrcholový tým, spolupracovníky, provést důkladnou analýzu reálného stavu a nastavit cíle. Promyslet, kterých lidí se bude týkat, informovat je o tom, co se od nich očekává. Diskutovat s nimi. Mnozí lidé nemají rádi změny. Při změnách je vhodné využívat participativní změny přístupu, otupit odpor, důležitou roli hrají zdůrazňované vyhlídky osobní i podnikové. Samotné realizování změn je velkou zátěží. (Bedrnová, 1998)

Zavedení supervize do organizace může být náročnou organizační změnou. Na důvody, které znesnadňují rozvoj supervizní praxe v organizaci, upozorňují Hawkins, Shohet (2004)

- každá organizace je jiná a má jiné potřeby
- záleží, odkud začínáte
- změna organizace je složitý proces a je nebezpečné řídit se jednoduchým receptem anebo přebírat řešení odjinud

Stejní autoři popisují sedm stadií zavedení nebo zlepšení strategie a praxe supervize v procesu rozvoje organizace:

1. Provést oceňující zjišťování toho, k jaké supervizi již dochází
2. Probudit zájem o rozvoj strategie a praxe supervize
3. Zahájit experimenty
4. Zvládnout odpor vůči změně
5. Rozvinout strategie supervize
6. Rozvinout procesy trvalého učení a rozvoje supervizorů a supervidovaných
7. Zavést proces permanentní kontroly a revizí (Hawkins, Shohet, 2004, s.179-186)

5.5 SUPERVIZE JAKO KULTURNÍ ZMĚNA

Ivanová (2006) uvádí dvě metody, jak zvládnout změnu organizační kultury. Při prvním způsobu se manažer zabývá různými projevy kultury všeobecně a nechává volný průběh tomu, aby se konkrétní programy objevily samy. Druhou cestou je pustit se přímo

do jedné nebo více specifických oblastí, když si manažer předem definuje své cíle, tj. jaké změny, které chce dosáhnout a kdy. (Ivanová, 2006, s.158)

Zavést supervizi do organizace je nejen náročná organizační změna, a ale také kulturní změna. Podrobně se tímto tématem zabývá Havrdová (2008)

Proces zavádění supervize je náročnou kulturní změnou, která vyžaduje čas, pečlivé naplánování, monitorování a podporu. Staví organizaci před několik úkolů, které musí nejdříve splnit. Prvním z nich je zvládnout proces změny, jímž zavádění supervize do organizace bezpochyby je. Tento proces má své zákonité překážky a stádia. Druhým úkolem je získat nové poznatky. (Havrdová, Hajný, 2008, s.55)

Pokud je taková změna nařízena, mohou zaměstnanci i management zvolit čistě formální přístup: nějak ty papíry napíšeme, ať ten supervizor přijde, dvakrát ročně to vydržíme. V lepším případě uvědomované nevědomosti si přečtou odbornou literaturu, navštíví několik vzdělávacích kurzů, případně si najdou odborného konzultanta, aby se blíže dozvěděli, co je supervize a jak se dělá. (Havrdová, Hajný, 2008, s.55)

V organizaci pomalu vzniká podhoubí pro zavedení supervize. Tento proces by měl probíhat pozvolna, aby si zájemci o další vzdělávání teprve začali na myšlenku supervize zvykat.

Havrdová (2005) upozorňuje na nebezpečí zavádění supervize pod tlakem, které vedou k formalismům, nespolupráci, nepřijetí supervizora a nemožnost získat potřebnou důvěru. Jedním z nejdůležitějších faktorů, bez kterého si nelze úspěšné diagnostikování a případné zavedení změny představit, je podpora managementu. Tedy osob, které mají ve své kompetenci a pravomoci rozhodování o těchto procesech. Na jejich motivaci, úrovni chápání procesu, stylu vedení a připravenosti přijímat kritiku bude do velké míry záležet úspěšnost celého procesu. (Hradcová, studijní texty katedra řízení 2008)

Zkušenosti ze sociálních služeb

Supervize v organizacích poskytujících sociální služby je zajímavou a prudce se rozvíjející oblastí. U nás pronikla do oblasti sociálních služeb v širší míře v souvislosti se standardy kvality sociálních služeb, jejichž znění je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Ke snadnějšímu pochopení významu supervize, její prospěšnosti a v souvislosti s uvedenými standardy, běžnou součástí každé dlouhodobě efektivně

fungující organizace sociálních služeb napomáhá Výkladový sborník pro poskytovatele, jehož text se zaměřuje na základní otázky kolem supervize a objasňuje je na příkladech z praxe. Text vysvětluje pojetí v sociálních službách a je doplněn o výstupy z tématických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb. (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008)

Krušinská (2008) v rámci projektu Ověření modelu vzdělávání sociálních pracovníků Středočeského kraje formou supervize zjistila spoustu zajímavých postřehů, které mohou jako eventuální překážky ztěžovat kvalitní průběh supervize. Řada z nich je aplikovatelná i na zdravotnictví. Patří mezi ně tvorba kontraktu, kde nejsou zohledněny všechny subjekty, nízká osobní motivace zúčastněných, pokud je vůbec nějaká. Také povinná účast značně komplikuje proces supervize, a jak autorka uvádí, je nepříjemná všem stranám. Z šetření vyplynul význam a důležitost pochopení smyslu, užitečnosti a principů supervize, očekávání supervidovaných se nemusí shodovat s cíli supervize. Významná je také celková atmosféra na pracovišti, vliv vztahů mezi kolegy navzájem, mezi kolegy a nadřízenými, má na ni také velký vliv přímí vedoucí svými postoji a zaměřením, přijímání veřejností. (Krušinská, 2008).

Velmi důležitá otázka je také ta, zda bude supervize zahrnuta do rámce pracovní doby nebo mimo ni. Tento faktor může velmi ovlivnit motivaci pracovníků účastnit se supervize. V některých organizacích mají systém nastaven tak, že sice supervize probíhá mimo pracovní dobu, ale dobu trvání supervize si lze odečíst z fondu pracovní doby, tzn., o žádný svůj volný čas nepřijdou. K lepší organizaci času přispívá i plán supervizních setkání, který organizace znají dostatečně s předstihem. (Radvanová, 2009)

5.6 PŘEKÁŽKY A RIZIKA PŘI ZAVÁDĚNÍ SUPERVIZE

Jak již bylo uvedeno výše, samotné zavádění supervize do praxe není jednoduchým procesem. Pro její snadnější přijetí je důležitá akceptace a chápání významu jak managementem, tak i pracovníky organizace. Její zavedení, přijetí udržení se v organizaci může ovlivnit celá řada překážek. Hawkins a Shohet (2004, s.35-38) identifikovali tyto překážky v získávání supervize:

- předchozí zkušenosti se supervizí, jak dobré, tak špatné mohou ovlivnit supervizi současnou, špatná zkušenost vede k ostražitosti, dobrá ke srovnávání amožné nepřekonatelnosti supervize předchozí

- osobní zábrany a obranné mechanismy jako jsou obavy z vnějšího hodnocení, pocit obnaženosti
- potíže s autoritou, problematika přenosu, projekce kritických či bezobsažných představ do supervizora
- konflikt rolí – protiklad podpory a hodnocení obsažený v osobě supervizora, kontrola versus řízení
- praktické překážky, finanční, geografická dostupnost
- kultura organizace, v níž probíhá supervize

Rovněž Havrdová(2008) zdůrazňuje význam kultury v organizaci a další důležité aspekty. „Tam, kde pracovníci nemají zkušenost s reflexí a s kulturou učení, kde panuje mezi pracovníky a managementem silná tenze a nedůvěra, kde každý chybný výkon je považován za sankciovaný prohřešek, kde vedení je silně hierarchické, tam nelze očekávat, že pracovníci budou přicházet s náměty co se nedaří, co by se mělo zlepšit, co sami nevědí či o čem mají pochybnosti.“ (Havrdová, Hajný, 2008, s. 66)

Nepřijatelný může být sám termín supervize, často chápaný jako dozor či dohled. Je možné, výraz supervize úplně vynechat a hovořit spíše o doprovázení, podpoře, či konzultaci. (Havrdová, Hajný, 2008)

SWOT analýza pro zavádění supervize do Masarykovy nemocnice v Ústí nad

Labem

Vypracování SWOT analýzy pomůže vystihnout možná rizika při zavádění supervize do Masarykovy nemocnice. Při definování silných stránek vycházím z motto, vize a strategie Krajské zdravotní, a.s. (dostupné na www.mnul.cz)

Motto: Chceme být zákaznický orientovanou společností, opírající se o všestranně vzdělané, vnitřně motivované a se strategií ztotožněné zaměstnance.

Vize: Usilujeme o dodržování jednotných standardů poskytované zdravotní péče a dalších služeb v celé naší společnosti a budujeme špičková zdravotnická centra prosazující se i v mezinárodní konkurenci.

Chceme být nejen velkým, ale i vyhledávaným zaměstnavatelem, umožňujícím kontinuální rozšiřování znalostí a dovedností svých pracovníků.

Strategie: orientace na zákazníka, vůdčí úloha ve zdravotnictví Ústeckého kraje, univerzitní nemocnice součástí Krajské zdravotní, a.s., finanční stabilita, jednotná firemní

<p><u>Silné stránky</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • podpora potřeby systematického všestranného vzdělávání zaměstnanců • pozitivní, podporující kultura pracoviště CVDV (centra výchovy a dalšího vzdělávání) • zájem managementu hlavní sestry zvyšovat pracovní spokojenost zdravotníků • zájem na soustavném zvyšování kvality • ochota pracovníků ke kontinuálnímu vzdělávání • vzrůstající zájem o vzdělávací aktivity zaměřené na prevenci syndromu vyhoření, psychohygienu, práci s emocemi, rozvoj osobnosti • určitá zkušenost se supervizí • zapálení propagátoři supervize v organizaci 	<p><u>Slabé stránky</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • finanční zátěž • časová náročnost • nedůvěra při zavádění nových věcí • nízká motivace k intenzivní, reflektované a promyšlené práci se sebou • nedostatek kvalitních supervizorů • očekávaný efekt v delším časovém horizontu
<p><u>Příležitosti</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zavést efektivní profesionální podporu pro zdravotníky jako benefit • zavést účinnou prevenci proti syndromu vyhoření • k intenzivní, reflektované práci se sebou • ke zvyšování kvality a profesionality v péči o pacienta • propojení zaměstnanců a vedení • zdroj podnětů pro management • účastníci mohou skrze supervizi více participovat na dění v organizaci • management dává svým zájmem větší uznání, to zpětně posiluje identifikaci s organizací • posílení důvěry v organizaci • větší důvěra znamená snížení flukuační tendence 	<p><u>Hrozby</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • nedostatek finančních zdrojů • nedostatek kvalifikovaných supervizorů • nízká motivace pracovníků • nezájem ze strany managementu • změna vedení • nemožnost saturovat potřeby všech zaměstnanců • snaha zavádět do celé KZ • rozkrytí možných organizačních systémových nedostatků

EMPIRICKÁ ČÁST

V následujícím textu představím provedení výzkumu. Popíši metodologii, techniku a proces výzkumu a analýzu jeho výsledků. V rámci této kapitoly představím hlavní výzkumnou otázku. Pojmy zde obsažené jsou ukotveny v jednotlivých kapitolách teoretické části. Z těchto pojmů následně odvodím dílčí výzkumné otázky a provedu jejich operacionalizaci. Zodpovězení dílčích výzkumných otázek mi pomůže k zodpovězení hlavní výzkumné otázky.

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A HLAVNÍ CÍLE VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

Výzkumná studie se zabývá možností využití supervize jako vhodné formy profesionální podpory snižující pracovní nespokojenost zdravotních sester v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem.

Výzkumná studie obsahuje dva cíle:

Zjistit, zda se v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem vyskytují faktory snižující pracovní spokojenost, které lze řešit supervizí a zda se zde vyskytují podmínky příznivé pro zavádění supervize jako je vhodná podniková kultura, podpora vedení a prvky učící se organizace.

Se získanými výsledky seznámit management nemocnice, konkrétně hlavní sestru a vedoucí vzdělávacího centra. Společně s nimi diskutovat možnosti využití supervize. Výstupem mé práce bude navržení konkrétních kroků pro využití supervize v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem pro zdravotní sestry. V závěru práce provedu shrnutí průběhu a výsledků celé výzkumné studie.

Jednotlivé kroky k dosažení cílů:

1. Teoretický rozbor jednotlivých pojmů obsažených v cílech výzkumné studie.
2. Tvorba dotazníku na základě prostudované literatury. Dotazníkem ověřím stanovené hypotézy.
3. Prozkoumat názory vedoucích pracovníků na možné změny v praxi poskytování

profesionální podpory zdravotním sestřám.

4. Návrh opatření na možnost využití supervize v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem.

6.1 HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Může supervize, s možnostmi které nabízí, být vhodnou formou profesionální podpory pro zdravotní sestry v Masarykově nemocnici, snižující jejich pracovní nespokojenost?

6.2 DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Ke komplexnějšímu zodpovězení hlavní výzkumné otázky mi budou nápomocny následující dílčí výzkumné otázky, které jsem teoreticky ukotvila v jednotlivých kapitolách teoretické části své práce. Na základě dílčích výzkumných otázek jsem vytvořila pracovní hypotézy, kterými se budu ve výzkumném šetření zabývat. Z těchto indikátorů jsem poté odvodila otázky do rozhovoru a dotazníku.

1. Vyskytují se v Masarykově nemocnici faktory snižující pracovní spokojenost, které lze řešit supervizí?

Konceptualizace: Za vhodnou formu profesionální podpory lze považovat takovou činnost, která dokáže omezit výskyt faktorů zvyšujících pracovní nespokojenosti. Výzkumy a práce zabývající se pracovní spokojeností sester ukazují, že faktory, které nejvíce působí na pracovní nespokojenost, mohou být dobře řešitelné supervizí. Jde nejčastěji o tyto faktory: špatné pracovní vztahy, nejasné kompetence, emoční náročnost, psychická vyčerpanost, špatná komunikace a postavení v týmu.

2. Jsou v Masarykově nemocnici přítomny podmínky příznivé pro zavádění supervize?

Konceptualizace: K podmínkám, které podporují zavedení supervize, patří pozitivní firemní kultura, podpora vedení, kultura učící se organizace. Z podmínek, které mohou negativně ovlivnit zavedení supervize, budeme uvažovat především časovou a finanční náročnost. Zda jsou uvedené podmínky přítomny v Masarykově nemocnici, budu zkoumat rozhovory s vedením nemocnice.

7 METODOLOGIE

- Kvantitativní metoda: ověřování stanovených hypotéz pomocí dotazníku.

„Kvantitativní výzkum se soustřeďuje na popis variability předem definovaných proměnných, které vymezují, co budeme zkoumat.“ (Bártlová a kol., 2008, s. 22)

- Kvalitativní metoda: polostrukturovaný rozhovor podle návodu.

„Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme.“(Strauss, Corbinová, 1999, s.11)

Dle Hendla (2005) je kvalitativní výzkum pružným typem výzkumu. Do výzkumného terénu výzkumník nevstupuje s cílem ověřit předem stanovenou hypotézu, ale s výzkumným záměrem, který je možné měnit a přizpůsobovat na základě postupu výzkumných zjištění. Kvalitativní výzkum je tedy postaven na induktivní logice – po získání dostatečného množství informací se výzkumník snaží objevit určité pravidelnosti, na základě kterých chce konstruovat novou teorii nebo hypotézu: „Začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné.“ (Strauss a Corbinová, 1999, s.14)

7.1 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

V dotazníkovém šetření se zaměřím na faktory snižující pracovní spokojenost zaměstnanců řešitelné supervizí. Ověřím tedy, jak vnímají zaměstnanci vztahy a komunikaci na svých pracovištích, zda považují znalosti svých kompetencí za dostatečné, nakolik mají možnost ventilovat negativní emoce spojené s profesí, zda by využili možnost řešit pracovní problémy s nezávislým důvěryhodným odborníkem a zda se zde vyskytují určité podmínky, vhodné pro zavedení supervize.

Důvodem výběru dotazníku pro mé výzkumné šetření je skutečnost, že získám informace od většího množství respondentů. Tuto přednost dotazníku využiji v rámci získání odpovědi na dílčí výzkumné otázky od zaměstnanců Masarykovy nemocnice.

Podstata dotazníkové techniky spočívá v tom, že potřebné informace získáváme prostřednictvím písemného dotazu. Výhodou tohoto typu komunikace mezi badatelem a dotazovaným je, že se zde neobjevují zkreslující vlivy vyplývající z osoby tazatele. (Zich, 2004)

Dotazník mi pomůže objasnit, na kolik jsou v Masarykově nemocnici přítomny faktory, které ovlivňují pracovní spokojenost zdravotních sester.

Dotazník jsem sestavovala na základě osobních zkušeností, studia literatury a dostupných zdrojů. Konzultovala jsem jej s vedoucí práce a se zkušenými kolegyněmi.

Zvolila jsem dotazník se škálou. „Škála je formou otázky, kterou respondenta žádáme, aby zařadil zkoumaný problém na určité kontinuum. Kontinuem rozumíme např. postoje, názory apod.“ (Bártlová, 2008,s.108)

Zaměstnanci mají na stupnici vyjádřit, nakolik se identifikují s určitým tvrzením.

7.1.1 POPIS PROSTŘEDÍ

Výzkum bude realizován se souhlasem hlavní sestry v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Na internetových stránkách se o tomto zdravotnickém zařízení dočteme, že poskytuje komplexní základní, specializovanou a téměř úplnou super specializovanou zdravotní péči. Spádovou oblastí nemocnice je především Ústecký kraj, v některých oborech super specializované péče slouží nemocnice rovněž obyvatelům Karlovarského a Libereckého kraje a nezdávka ji vyhledávají občané z celé České republiky i ze zahraničí. Pro zdravotnickou veřejnost celého regionu pak nemocnice vytváří přirozené výukové, školící i vědecké zázemí vrcholového krajského pracoviště.

S celkem 38 klinikami nebo odděleními a kapacitou 1252 lůžek je Masarykova nemocnice největším zdravotnickým zařízením v kraji. Její klientelu tvoří z 61 % občané města Ústí nad Labem, což znamená, že je také největším poskytovatelem zdravotní péče v krajském městě. Denně nemocnici navštíví více než 1500 pacientů, kterým je k dispozici 88 ambulancí. Nemocnice jako první v České republice získala v roce 2002 certifikát jakosti podle norem ISO 9001:2000, je rovněž nositelem mezinárodního certifikátu „Nemocnice přátelská dětem“ (Baby Friendly Hospital).

(http://www.zdravnet.cz/detail/masarykova_nemocnice_v_usti_nad_labem.html)

V této nemocnici pracuje téměř 1000 zdravotních sester. Zkušenosti se supervizí jsou zde spíše ojedinělé.

7.1.2 PRACOVNÍ HYPOTÉZY

V následujícím textu ukážu vztah mezi jednotlivými pracovními hypotézami a konstrukcí položek dotazníku. Položky, které jsou formulovány úmyslně tak, že mají obrácený význam ve vztahu k potvrzení hypotézy, jsou označeny písmenem ®. K dílčí výzkumné otázce č. 1: **Vyskytují se v Masarykově nemocnici faktory snižující pracovní spokojenost, které lze řešit supervizí?**, se vztahují první tři hypotézy.

Vycházím z předpokladů podložených teoretickými východisky, že supervize může být vhodnou formou profesionální podpory tam:

- kde jako specifická forma vzdělávání povede k lepšímu pochopení kompetencí a vlastní úloze v týmu
- kde jako prevence syndromu vyhoření povede k ventilace prožívaného emočního napětí
- kde je třeba zlepšit komunikaci a vztahy na pracovišti

K dílčí výzkumné otázce č. 2: **Jsou v Masarykově nemocnici přítomny podmínky vhodné pro zavádění supervize?**, se vztahují poslední dvě hypotézy.

Vycházím z teoretických pramenů v první části studie, že supervize se bude snadněji zavádět tam, kde:

- jsou určité předpoklady pro kulturu učící se organizace
- je pozitivní firemní kultura a podpora vedení

Pracovní hypotéza I:

Respondenti považují znalosti svých kompetencí a své role v týmu za nedostatečné a uvítali by možnost probírat rozdělení kompetencí a odpovědností.

Operacionalizace pro formulaci položek dotazníku:

- pracovník má možnost svou náplň, ve které jsou uvedeny jeho pracovní kompetence, probírat s vedoucím pracovníkem
- nový pracovník je podporován zkušenějším kolegou nebo kolegyní
- jednotlivé pracovní úkoly jsou pracovníkovi vždy jasné
- pracovník by uvítal možnost probírat rozdělení kompetencí a odpovědností

Jednotlivé položky dotazníku k hypotéze č.I

1. Po nástupu do zaměstnání mi zkušenější kolega/yně poskytl/a oporu ®

Toto tvrzení má ověřit, zda je po nástupu do zaměstnání pracovníkovi poskytnuta podpora zkušenějším kolegou či kolegyní, což mu usnadní jeho orientaci ve vztazích na pracovišti.

2. S vedoucím pracovníkem probírám svou pracovní náplň

Vyjádření k tomuto tvrzení nám podá informaci o tom, zda má pracovník možnost probírat své kompetence, které jsou uvedeny v pracovní náplni, se svým vedoucím pracovníkem. Tato informace je důležitá také proto, že supervize, jak jsem zmínila v teoretické části, je pouze součástí komplexu získávání informací a vzdělávání a neměla by suplovat případné chybějící prvky tohoto systému.

3. Co mám a co nemám v práci dělat je pro mě jednoznačné ®

Tímto tvrzením chci zjistit, zda jsou zaměstnancům jejich jednotlivé pracovní úkoly.

4. Možnost probrat rozdělení odpovědností a práce na oddělení by nám prospěla

Vyjádřením k tomuto tvrzení pracovníci sdělí, zda by uvítali možnost probrat rozdělení kompetencí a odpovědností. Supervize by neměla zdravotníky pouze podporovat, ale svou rozvojovou a vzdělávací složkou pomáhat zvyšovat a rozvíjet jejich profesionální kompetence.

Pracovní hypotéza II:

Respondenti nemají možnost ventilovat dostatečně negativní emoce a uvítali by možnost komunikovat je s nezávislým odborníkem, kterému důvěřují.

Operacionalizace pro formulaci položek dotazníku:

- častý kontakt s pacienty přináší vysoké emoční vypětí
- zdravotníci nemají možnost dostatečně tyto negativní emoce napětí a nepohodu ventilovat

- zdravotníci by využili možnosti komunikovat situace nepohody s nezávislým odborníkem
- psychické vyčerpání může vyvolat touhu po změně pracoviště, či úplně odejít z oboru

Jednotlivé položky dotazníku k hypotéze č. II

5. Pacienti ve mně vyvolávají silné pocity

Vyjádření k tomuto tvrzení nám odhalí, zda častý kontakt s pacienty přináší pracovníkům vysoké emoční napětí, které zvyšuje riziko syndromu vyhoření.

6. Události z práce si nosím domů

Toto tvrzení zjišťuje, zda možnost ventilace, kterou zdravotníci mají, je dostatečná.

7. Pocity nepohody či napětí se mám v práci s kým podělit ®

Tímto tvrzením si ověřím, zda mají zdravotníci možnost dostatečně tyto negativní emoce napětí a nepohody ventilovat.

8. Využil/a bych možnost probrat náročné situace s nezávislým odborníkem, kterému bych důvěřoval/a

Toto tvrzení ověřuje, zda by pracovníci využili možnost probrat situace nepohody s nezávislým odborníkem. Supervize nabízí významný podpůrný aspekt.

9. Napadá mě, že bych chtěl/a z oddělení odejít

Toto tvrzení pomůže ověřit, zda pracovníci přemýšlí o odchodu z oddělení, kde pracují. Touhu po změně vyvolává mimo jiné neřešené psychické vyčerpání, zvyšující riziko syndromu vyhoření.

Pracovní hypotéza III:

Vztahy a komunikace je na pracovištích respondenty vnímána spíše negativně.

Operacionalizace pro formulaci položek dotazníku:

- komunikace mezi kolegy je otevřená
- dobré vztahy v týmu posiluje lepší znalost názorů kolegů
- vztahy na pracovišti zhoršují neshody s lékaři
- špatná komunikace a vztahy snižují spokojenost
- špatná komunikace a vztahy snižují pocit důvěry na pracovišti

Jednotlivé položky dotazníku k hypotéze č. III.

10. Komunikaci v našem týmu bych hodnotil/a jako otevřenou ®

Vyjádřením k tomuto tvrzení pracovníci sdělí, jak vnímají komunikaci v týmu.

11. Na našem pracovišti se vyskytují neshody s lékaři

Tvrzení zjišťuje, zda se na pracovišti vyskytují neshody s lékaři, které zhoršují celkové vztahy na pracovišti. Supervize pomáhá zvyšovat profesionální kompetence, která zahrnuje schopnosti a zkušenosti jak problémy řešit a efektivně zvládat.

12. Uvítal/a bych možnost více poznat názory svých kolegů

Vyjádřením tomuto tvrzení zjistíme, zda mají zdravotníci zájem poznat názory svých kolegů. Přínosem supervize je vzájemné sdílení a předávání zkušeností a názorů.

13. Dá se říct, že ve své práci se cítím spokojen/á ®

Špatná komunikace a vztahy na pracovišti snižují celkovou spokojenost. Tímto tvrzením zjišťujeme, nakolik se pracovníci cítí na pracovišti subjektivně spokojeni.

14. Na našem pracovišti je spíše málo důvěry

Tvrzením chceme zjistit, zda pracovníci pociťují na pracovišti důvěru, která je důležitá pro dobré vztahy a dobré klima na pracovišti.

Pracovní hypotéza IV:

V Masarykově nemocnici se vyskytují určité znaky učící se kultury, které zaměstnanci vnímají pozitivně.

Operacionalizace:

- v organizaci funguje zpětná vazba
- pracovníci mohou svými náměty ovlivnit chod pracoviště
- chyby se berou jako příležitost ke změně
- organizace podporuje vzájemné učení mezi pracovníky
- organizace podporuje rozvoj a snahy svých pracovníků

Jednotlivé položky dotazníku k hypotéze č. IV.

15. Při rozhodování můj nadřízený bere v úvahu náměty řadových zaměstnanců

Vyjádřením tohoto tvrzení zaměstnanci sdělí, zda mají možnost svými náměty ovlivnit chod pracoviště. Že se tedy mohou spolupodílet na řízení oddělení předáním svých zkušeností.

16. Chybách a jejich následcích v týmu otevřeně komunikujeme

Toto tvrzení zjišťuje, zda se chyby berou jako příležitost k vzájemnému učení a ke změně, což jsou předpoklady pro kulturu učící se organizace.

17. Ostatní mi dávají najevo, že si mé práce váží

Tímto tvrzením ověřuji fungování zpětné vazby v organizaci, která je určitým potvrzením kultury učící se organizace.

18. Mých snach si obvykle nikdo nevšímá ®

Tvrzením zjistím, zda pracovníci mají dostatek pozornosti při svých snahách. Nedostatek pozornosti vede ke snížení motivace a spokojenosti

Pracovní hypotéza V:

Firemní kultura a podpora od vedení je zaměstnanci vnímána spíše negativně.

Operacionalizace:

- pozitivní firemní kultura se projevuje sdílením hodnot organizace
- pozitivní firemní kultura se odráží ve spokojenosti s pověstí organizaci
- ten, kdo pozitivně vnímá firemní kulturu, neuvažuje o změně zaměstnání
- podpora vedení se projevuje v zájmu přímého nadřízeného o pracovní problémy
- podpora vedení se projevuje v ocenění práce

Jednotlivé položky dotazníku k hypotéze č. V.

19. Mé hodnoty a hodnoty organizace jsou podobné ®

Tvrzení pomáhá ověřit firemní kulturu, která se odráží ve sdílení hodnot. Pozitivní firemní kultura pomáhá připravit hodnou půdu pro zavedení supervize do organizace.

20. S pověstí organizace jako s poskytovatelem kvalitní péče jsem spokojen/a ®

Pozitivní firemní kultura se odráží ve spokojenosti s pověstí zaměstnavatele na veřejnosti

21. Chci v této organizaci pracovat i v budoucnu ®

Vyjádřením k tomuto tvrzení získám informaci o to, jak vnímá pracovník firemní kulturu. Ten kdo ji vnímá pozitivně, neuvažuje o změně zaměstnání.

22. Můj přímý nadřízený/á projevuje zájem o mé každodenní problémy ®

Toto tvrzení nám ozřejmí, nakolik projevuje přímý nadřízený zájem o každodenní problémy svých zaměstnanců. Ukáže nám, jaká je podpora vedení.

23. Můj nadřízený mi dává zřetelně najevo, když je s mou prací spokojený ®

Zřetelné ocenění práce je velmi významné při udržení pracovní spokojenosti, nadřízený dává najevo svůj zájem a podporu pracovníka.

Počet let praxe ve zdravotnictví:

Celkový počet let praxe je významnou proměnou při hodnocení získaných údajů. Starší sestry jsou většinou zkušenější, bývají již více adaptované a problémy si již tolik nepřipouští. Na druhou straně mohou být více profesionálně deformované.

Oddělení, kde nyní pracujete:

Pracoviště může být významným činitelem zejména při mapování rizika syndromu vyhoření. Pro zavádění supervize je významná atmosféra na pracovišti.

Počet let praxe na stávajícím oddělení:

Riziko syndromu vyhoření může být vyšší, při dlouhém působení na jednom pracovišti.

Pracovní zařazení:

- Zdravotní sestra
- Zdravotní záchranář
- Lékař/ka
- Sanitář/ka
- Fyzioterapeut
- Laborant
- Sociální pracovník
- Psycholog
- Jiné, prosím uveďte

Nedostatek podpory mohou více pociťovat sestry ve středním managementu, staniční a vrchní sestry.

Kolik je Vám let:

- Do 25 let
- 26-35 let
- 36-45 let
- 46-55 let
- 55 let a více

Věk koleruje s počtem odpracovaných let.

Pohlaví:

- Muž
- Žena

Míra zátěže může být lépe snášena muži, ale není jasně doložitelné.

7.1.3 METODA SBĚRU DAT

Pro zhotovení dotazníku jsem využila možnosti, které nabízí Google docs. Dotazník sestavený pomocí tohoto programu lze distribuovat e-mailovou formou s využitím zpětného zaslání po vyplnění do sběrného formuláře. Odpadá tím leckdy složité vracení dotazníků a také se tím zvyšuje záruka anonymity. K distribuci dotazníků jsem chtěla využít faktu, že všichni zaměstnanci Masarykovy nemocnice mají firemní e-mailovou adresu. Během předvýzkumu jsem si však ověřila, že většina zdravotních sester, kromě vedoucích pracovníků, tuto adresu pravidelně nepoužívá. Využila jsem tedy jinou možnost, a to uložení odkazu na dotazník na plochu počítače, ke kterému mají přístup všichni pracovníci. Sestavila jsem krátký informační leták, který jsem se svolením hlavní sestry a následně se souhlasem vrchních sester jednotlivých oddělení osobně roznesla na vybraná pracoviště. Zároveň jsem zde nainstalovala na počítač odkaz na dotazník.

7.1.4 ZPŮSOB VÝBĚRU VZORKU A JEHO VELIKOSTI

„Výběr sledovaných jednotek v kvantitativním výzkumu má zajistit možnost zobecnění výsledků na populaci, z níž jednotky vycházejí.“ (Bártlová a kol., 2008, s.77)

1. Reprezentativita vzorku

Aby byl vzorek reprezentativní, musí splňovat určitá kritéria:

- Musí být homogenní – všichni členové vybraného vzorku by měli splňovat určitá kritéria, která definují danou populaci.
- Dostatečně velký – čím větší, tím přesnější odhady můžeme provést.
- Výběr provedený správným způsobem – tak, aby některé skupiny nebyly znevýhodněny. (Bártlová a kol, 2008)

Výběr vzorku respondentů byl založen na dobrovolnosti a zájmu o účast na výzkumu. Velikost vzorku jsem předem nestanovila. S ohledem na způsob distribuce dotazníku jsem předpokládala, že návratnost bude dostatečná pro zodpovězení mých pracovních hypotéz. Grafy jsou zpracovány ze 148 vyplněných dotazníků.

2. Způsob výběru

Pro výběr vzorku jsem zvolila stratifikovaný výběr, který podle záměru badatele vychází z rozdělení základního souboru na skupiny podle předem stanovených kritérií, z nichž pak dělá náhodný výběr. (Bártlová a kol. 2008)

Podmínkou pro výběr na výzkumu bylo, aby respondentem pracoval na vybraném oddělení. Ta jsem vybírala tak, aby byly zastoupeny obory:

- operační – chirurgie, traumatologie, ortopedie
- neoperační – kardiologie, všeobecná interna, radioterapie
- intenzivní - anestezie, emergency, centrální jednotka intenzivní péče (CJP)
- dětské - dětská chirurgie, jednotka dětské intenzivní péče
- ženská klinika – gynekologie, porodnice

Celkem na těchto vybraných odděleních pracuje 452 zdravotních sester a dotazník vyplnilo 148 respondentů. Návratnost dotazníku na základě těchto údajů je tedy 33%.

3. Zastoupení vybraných oborů:

Z vybraných **operačních** oborů, kde je zaměstnáno celkem 62 zdravotních sester, jich odpovědělo 20, tedy 32% sester z vybraných operačních oborů. Z celkového počtu

dotázaných tvoří odpovědi respondentů operačních oborů 4%.(Přesněji 4,4%). Z počtu navrácených dotazníků 14%.

Na vybraných **neoperačních** oborech pracuje celkem 109 zdravotních sester, odpovědělo 30 sester, tedy 28% z vybraných neoperačních oborů. Z celkového počtu dotázaných tvoří odpovědi respondentů neoperačních oborů 7%. (přesněji 6,6%). Z počtu navrácených dotazníků je to 20%.

Na vybraných odděleních **intenzivní** medicíny pracuje celkem 161 zdravotních sester, odpovědělo 33 sester, tedy 20% z vybraných oborů intenzivní péče.

Z celkového počtu dotázaných tvoří odpovědi respondentů intenzivních oborů 7%.(přesněji 7,3%). Z počtu navrácených dotazníků je to 22%.

Na vybraných **dětských** odděleních pracuje celkem 60 zdravotních sester, odpovědělo 21 sester, tedy 35% z vybraných dětských oddělení. Z celkového počtu dotázaných tvoří odpovědi respondentů dětských oborů 5%. (přesněji 4,6%). Z počtu navrácených dotazníků je to 14%.

Na vybraných odděleních **ženské kliniky** pracuje celkem 60 zdravotních sester, odpovědělo 22 sester, tedy 37% z vybraných dětských oddělení. Z celkového počtu dotázaných tvoří odpovědi respondentů ženské kliniky 5%. (přesněji 4,9%). Z počtu navrácených dotazníků je to 15%.

22 respondentů nevedlo, z kterého je oddělení. To je 15% z odevzdaných dotazníků a 5%.(přesněji 4,8%) z celkového počtu zdravotních sester pracujících na oslovených odděleních.

Sestry měly možnost dotazník vyplňovat v době od 17. listopadu do 27. prosince 2010. Nejvíce vyplněných dotazníků přibylo 2. 12. - 12 dotazníků a 16.12. - 11 dotazníků. Průměr jsou 3 vyplněné dotazníky denně. Vyplnit dotazník mohly všechny sestry na vybraných pracovištích. Záleželo pouze na jejich osobní motivaci a ochotě spolupracovat. Tabulka s detailním rozpisem počtu odpovědí v jednotlivých dnech je vedena v přílohách jako příloha č. 2, tabulka č.2.

7.1.5 VÝSLEDKY A DISKUZE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Na dotazník odpovědělo celkem 148 respondentů, tedy 33% sester z celkového počtu zaměstnaných na oslovených odděleních. Získaná data z dotazníku, jejich grafická znázornění spolu s doplňujícími informacemi jsou uloženy jako přílohy této diplomové práce.

Odpovědi na jednotlivé položky:

1. Po nástupu do zaměstnání mi zkušenější kolega/yně poskytl/a oporu

Tato tvrzení má ověřit, zda je po nástupu do zaměstnání pracovníkovi poskytnuta podpora zkušenějším kolegou či kolegyní, což mu usnadní jeho orientaci ve vztazích na pracovišti.

Více než polovina respondentů, 53% s tímto tvrzením souhlasí, 30% respondentů naprosto souhlasí a 11% se nedovedlo rozhodnout a 6% s tvrzením nesouhlasilo. Lze tedy tvrdit, že většině zaměstnanců byla po nástupu do zaměstnání poskytnuta opora zkušenějším pracovníkem.

2. S vedoucím pracovníkem probírám svou pracovní náplň

Vyjádření k tomuto tvrzení nám podá informaci o tom, zda má pracovník možnost probírat své kompetence, které jsou uvedeny v pracovní náplni, se svým vedoucím pracovníkem. Tato informace je důležitá také proto, že supervize, je pouze součástí komplexu získávání informací a vzdělávání a neměla by suplovat případné chybějící prvky tohoto systému. Také zde se více než polovina dotazovaných vyjádřila souhlasně. 12% naprosto souhlasí, 58% souhlasí, což znamená, že občas probírají svou náplň s vedoucím pracovníkem. 19% dotázaných se nerozhodlo a 13% s tvrzením nesouhlasí.

3. Co mám a co nemám v práci dělat je pro mě jednoznačné

Tímto tvrzením chci zjistit, zda jsou zaměstnancům jasné jejich jednotlivé pracovní úkoly. Plných 46% respondentů s tímto tvrzením naprosto souhlasí a dalších 42% respondentů souhlasí. 8% respondentů se nedovedlo rozhodnout a pro 4% není jednoznačné, co mají či nemají v práci dělat.

4. Možnost probrat rozdělení odpovědností a práce na oddělení by nám prospěla

Vyjádřením k tomuto tvrzení pracovníci sdělí, zda by uvítali možnost probrat

rozdělení kompetencí a odpovědností. Supervize by neměla zdravotníky pouze podporovat, ale svou rozvojovou a vzdělávací složkou pomáhat zvyšovat a rozvíjet jejich profesionální kompetence. Souhlasně se k tomuto tvrzení vyjádřilo 49% respondentů, naprosto souhlasí s touto možností 25% respondentů. 74% dotazovaných si tedy myslí, že by jim taková možnost prospěla. 18% si není jisto a 8% s tvrzením nesouhlasí.

5. Pacienti ve mně vyvolávají silné pocity

Vyjádření k tomuto tvrzení nám odhalí, že častý kontakt s pacienty přináší 84% pracovníků vysoké emoční napětí, které zvyšuje riziko syndromu vyhoření. 57% vyjádřilo souhlas s tvrzením a 27% dotazovaných vyjádřilo naprostý souhlas s tímto tvrzením. 7% s tvrzením nesouhlasí a 9% dotazovaných si není jisto.

6. Události z práce si nosím domů

Toto tvrzení zjišťuje, zda možnost ventilace, kterou zdravotníci mají, je dostatečná. 44% dotazovaných nesouhlasí a 12% naprosto souhlasí s tím, že si události nosí z práce domů. Z odpovědí se dá usuzovat, že práce a její silný emoční náboj na 56% zdravotnických pracovníků silně působí. 30% dotazovaných není tolik zasaženo nebo dokáže tyto pocity „odventilovat“ v zaměstnání. 14% dotázaných se nedovede rozhodnout.

7. pocity nepohody či napětí se mám v práci s kým podělit

Tímto tvrzením si ověřím, zda a s kým mají zdravotníci možnost tyto negativní emoce napětí a nepohody ventilovat. Plných 50% souhlasí a 23% naprosto souhlasí s tím, že se o pocity nepohody a napětí má v práci s kým podělit. Zbývá však 18% těch, kteří nedovedou posoudit a 9%, kteří s tvrzením nesouhlasí.

8. Využil/a bych možnost probrat náročné situace s nezávislým odborníkem, kterému bych důvěřoval/a

Toto tvrzení ověřuje, zda by pracovníci využili možnost probrat situace nepohody s nezávislým odborníkem. Přesto, že pracovníci uvádí, že mají možnost podělit se o pocity nepohody a napětí, plných 53% souhlasí a 30% naprosto souhlasí s možností probrat náročné situace s nezávislým, důvěryhodným odborníkem. 11% se nedovede rozhodnout a 6% s nabídkou nesouhlasí.

9. Napadá mě, že bych chtěl/a z oddělení odejít

Toto tvrzení pomůže ověřit, zda pracovníci přemýšlí o odchodu z oddělení, kde pracují. Touhu po změně vyvolává mimo jiné neřešené psychické vyčerpání, zvyšující riziko syndromu vyhoření. Souhlasně se k tomuto tvrzení vyjádřilo 19%, naprosto souhlasně 6%. Nesouhlas vyjádřilo 35% a naprostý nesouhlas 24% dotazovaných. Více než polovina respondentů 59% tedy o odchodu ze stávajícího oddělení neuvažuje. 16% se nedovede rozhodnout.

10. Komunikaci v našem týmu bych hodnotil/a jako otevřenou

Vyjádřením k tomuto tvrzení pracovníci sdělí, jak vnímají komunikaci v týmu. 38% souhlasí a 10% dokonce naprosto souhlasí s tvrzením, že komunikace v jejich týmu je otevřená. Nesouhlas vyjádřilo 15% a pro 37% je těžké rozhodnout.

11. Na našem pracovišti se vyskytují neshody s lékaři

Tvrzení zjišťuje, zda se na pracovišti vyskytují neshody s lékaři, které zhoršují celkové vztahy na pracovišti. Neshody s lékaři svým souhlasným 35% a naprosto souhlasným, 12% vyjádřením potvrzuje celkem 47% tazatelů. Nesouhlasně vyjádřilo 32% dotázaných a 21% se nedovedlo rozhodnout.

12. Uvítal/a bych možnost více poznat názory svých kolegů

Vyjádřením tomuto tvrzení zjistíme, zda mají zdravotníci zájem poznat názory svých kolegů. 7% naprosto souhlasí a 50% souhlasí s touto možností. 12% by o takovou možnost nestálo a 29% se ještě nerozhodlo.

13. Dá se říct, že ve své práci se cítím spokojen/á

Špatná komunikace a vztahy na pracovišti snižují celkovou spokojenost. Tímto tvrzením zjišťujeme, nakolik se pracovníci cítí na pracovišti subjektivně spokojeni. Většina dotazovaných se cítí ve své práci spokojena. 68% souhlasí a 11% naprosto souhlasí s tímto tvrzením. Nesouhlasně se vyjádřila 4% respondentů. 17% nedovede přesně říct.

14. Na našem pracovišti je spíše málo důvěry

Tvrzením chci zjistit, zda pracovníci pociťují na pracovišti důvěru, která je důležitá pro dobré vztahy a dobré klima na pracovišti. S tímto tvrzením souhlasí 26%

tazatelů. 34% nesouhlasí a 9% naprosto nesouhlasí. 43% dotázaných tedy pocítuje na pracovištích dostatek důvěry. Plných 31% se nedovede s určitostí vyjádřit.

15. Při rozhodování můj nadřízený bere v úvahu náměty řadových zaměstnanců

Vyjádřením k tomuto tvrzení zaměstnanci sdělí, zda mají možnost svými náměty ovlivnit chod pracoviště. Že se tedy mohou spolupodílet na řízení oddělení předáním svých zkušeností. Plných 46% se vyjádřilo k tvrzení souhlasně a 12% dokonce naprosto souhlasně. 58% dotázaných se domnívá, že má možnost ovlivnit chod pracoviště. Nesouhlasně se vyjádřilo 15% a 27% se nerozhodlo.

16. chybách a jejich následcích v týmu otevřeně komunikujeme

Toto tvrzení zjišťuje, zda se chyby berou jako příležitost k vzájemnému učení a ke změně, což jsou předpoklady pro kulturu učící se organizace. Souhlasně se vyjádřilo 49% a naprosto souhlasně 8% respondentů. 18% dotazovaných odmítá tvrzení, že by se o chybách otevřeně komunikovalo a 25% se nedovedlo vyjádřit.

17. Ostatní mi dávají najevo, že si mé práce váží

Tímto tvrzením ověřuji fungování zpětné vazby v organizaci, která je určitým potvrzením kultury učící se organizace. 39% (36% souhlasí, 3% naprosto souhlasí) respondentů dostává ocenění od ostatních. Celých 43% se nedokázalo vyjádřit a 18% dotazovaných s tímto tvrzením nesouhlasilo.

18. Mých snah si obvykle nikdo nevšímá

Tvrzením zjistím, zda pracovníci mají dostatek pozornosti při svých snahách. Nedostatek pozornosti vede ke snížení motivace a spokojenosti. Ten pocítuje 19% dotázaných, kteří se vyjádřili souhlasně. Na nedostatek pozornosti si nemůže stěžovat 44% respondentů, kteří s tvrzením nesouhlasí. 37% dotázaných se nedovede vyjádřit.

19. Mé hodnoty a hodnoty organizace jsou podobné

Tvrzení pomáhá ověřit vnímání firemní kultury, která se odráží ve sdílení hodnot. S tímto tvrzením souhlasí 23% a naprostý souhlas vyjádřily 2% tazatelů. Celkem 53% se nedovedlo rozhodnout a 22% nesouhlasí s tvrzením.

20. S pověstí organizace jako s poskytovatelem kvalitní péče jsem spokojen/a

Pozitivní firemní kultura se odráží ve spokojenosti s pověstí zaměstnavatele na veřejnosti. Tu svým souhlasným tvrzením vyjádřilo 40% respondentů, 2% s tvrzením naprosto souhlasí. Nespokojeno s pověstí organizace jako poskytovatele se cítí 20% respondentů. 38% se nedovedlo rozhodnout.

21. Chci v této organizaci pracovat i v budoucnu

Vyjádřením k tomuto tvrzení získám informaci o tom, jak vnímá pracovník firemní kultura. Ten kdo ji vnímá pozitivně, neuvažuje o změně zaměstnání. Svou budoucnost má s organizací spojeno 56% tazatelů (36% souhlasí s tvrzením a 20% naprosto souhlasí s tvrzením). 38% se nedovedlo rozhodnout.

22. Můj přímý nadřízený/á projevuje zájem o mé každodenní problémy

Toto tvrzení nám ozřejmí, nakolik projevuje přímý nadřízený zájem o každodenní problémy svých zaměstnanců. Ukáže nám, jaká je podpora vedení. Kladně vnímá zájem přímého nadřízeného 60% respondentů. 45% vyjádřilo souhlas a 15% naprostý souhlas s tvrzením. 20% respondentů zájem vedoucího postrádá a 20% respondentů se nerozhodlo.

23. Můj nadřízený mi dává zřetelně najevo, když je s mou prací spokojený

Zřetelné ocenění práce je velmi významné při udržení pracovní spokojenosti, nadřízený dává najevo svůj zájem a podporu pracovníka. Celým 60% dotazovaných je zřetelně dána najevo spokojenost s jejich prací. Dosvědčuje to 45% souhlasných a 15% naprosto souhlasných odpovědí. 18% dotazovaných toto nevnímá a 22% respondentů nedovede říct.

7.1.6 DISKUZE K JEDNOTLIVÝM TVRZENÍM

28 respondentů nevedlo oddělení, na kterém pracují. Domnívám se, že to bylo způsobeno snahou zachovat si anonymitu. V průvodním dopise upozorňuji, pokud by někdo měl obavu z prozrazení, je možné osobní údaj, který by respondenta mohl odtajnit vynechat.

Vyjádření k tvrzení 1- 4 pomohou zhodnotit hypotézu č I.

Odpovědi na první čtyři otázky vyvrátily část první hypotézy a to, že *”považují znalosti svých kompetencí za nedostatečné.”* Druhou část hypotézy a to, že *”by uvítali možnost probrat rozdělení odpovědností a práce”* byla potvrzena.

83% souhlasných odpovědí s tvrzením *„po nástupu do zaměstnání mi zkušenější kolega či kolegyně poskytl/a oporu“*, dokládá dobře fungující systém adaptačního procesu, který je v Masarykově nemocnici nastaven. 6% nesouhlasných tvrzení může signalizovat vážné nedostatky v adaptačním procesu na jednotlivých pracovištích, na které je třeba se zaměřit.

Zaujalo mě, že přesto, že plných 83% jednoznačně ví, co má v práci dělat, **74% tazatelů souhlasí s tvrzením, že by možnost probrat rozdělení odpovědností a práce kolektivu prospěla.** Domnívám se, že většina tazatelů ví co má dělat, ale o druhých si to nemyslí. Toto je námět na další šetření.

Vyjádření k tvrzení 5-9 pomáhají zhodnocení hypotézu č. II

Většina respondentů uvedla, že má možnost se o své pocity napětí a nepohody s někým podělit, čímž vyvrací část hypotézy, kde tvrdím, že *”pracovníci nemají možnost dostatečně ventilovat negativní emoce”*. **83% souhlasných vyjádření potvrzuje tu část hypotézy, ve které se domnívám, že***”možnost probrat náročné situace s nezávislým odborníkem by uvítali”*.

84% přiznává, že v něm pacienti vyvolávají silné emoce, 73% se má v práci s kým o tyto emoce podělit a celých 56% dotazovaných si tyto emoce odnáší domů. Vzájemná podpora mezi zdravotníky je velmi důležitá, není však dostatečná. Zdravotníci potřebují další formu podpory. Dokazuje to potvrzení části hypotézy, která možnost další podpory nabízí.

Vyjádření k tvrzení 10-14 pomáhají zhodnotit hypotézu č. III.

Hypotézu, *“vztahy a komunikace jsou na pracovištích vnímána spíše negativně”*, považuji za nepotvrzenou. Většina respondentů vnímá komunikaci a vztahy na pracovišti spíše pozitivně. **Výjimku tvoří neshody s lékaři, které vnímá téměř polovina dotazovaných, 47%.** Čeho se tyto neshody týkají, je téma k dalšímu zkoumání. Většina dotazovaných se cítí ve své práci spokojená, přesto by plných 57% uvítalo možnost poznat více názory svých kolegů. Zde se opět otevírá prostor pro další průzkum.

I když převaha odpovědí s tvrzením, že komunikace v týmu je otevřená, souhlasí 48%, nevyznívají s ohledem na velký počet nerozhodnutých 37%, příliš přesvědčivě.

Vyjádření k tvrzení 15-18 pomohou zhodnotit hypotézu č. IV

Tvrzení, že *“se v Masarykově nemocnici vyskytují určité znaky učící se organizace, které zaměstnanci vnímají pozitivně”* považují za potvrzené. Třetina respondentů potvrzuje, že v organizaci funguje zpětná vazba. 43% se nedovede vyjádřit. Domnívám se, že všeobecně se málo oceňuje. Kritické hodnocení je mnohem běžnějším jevem jak mezi kolegy, tak mezi podřízenými a nadřízenými. Považuji za možný námět dalšího výzkumu, zjistit konkrétní podobu ocenění. Snahy nezůstávají bez povšimnutí u 43% pracovníků, **více než polovina dotázaných se domnívá, že svými názory může ovlivnit chod pracoviště a že chyby se berou jako příležitost ke změně.**

Vyjádření k tvrzení 19-23 pomohou zhodnotit hypotézu č.V.

Pozitivní firemní kultura pomáhá připravit vhodnou půdu pro zavedení supervize do organizace. Tvrzení, že *“firemní kultura a podpora od vedení je vnímána spíše negativně”* se potvrdila pouze částečně. Respondenti potvrzují, že od svých nadřízených dostávají podporu a ocenění své práce. Vnímání společných hodnot s organizací je spíše negativní, s pověstí organizace jako poskytovatele kvalitní péče je spokojeno necelých 50% respondentů. **Z výzkumu vyplývá, že podpora od vedení je vnímána pozitivně, tato část hypotézy je tedy vyvrácena a firemní kultura je vnímána spíše negativně, tato část hypotézy je tedy potvrzena.** I přes negativní vnímání firemní kultury chce 56% dotázaných v nemocnici pracovat i za 5 let. Tento údaj může být ovlivněn věkem respondentů jejich vzděláním, mírou nezaměstnanosti v regionu atp.

7.1.7 SHRNUÍ K JEDNOTLIVÝM HYPOTÉZÁM

Sumarizace celkových odpovědí s ohledem na hlavní výzkumné otázky dokládá, že v Masarykově nemocnici se vyskytují podmínky vhodné pro zavedení supervize. Je zde podpora vedení, 60% dotázaných uvádí, že jim vedoucí dává zřetelně najevo, pokud je spokojený s jejich prací. Vyskytují se zde znaky učící se organizace, 57% respondentů uvádí, že o chybách se otevřeně komunikuje a berou se jako příležitost ke změně. Funguje zde zpětná vazba, 39% se dostává uznání za svou práci a 44% odmítá tvrzení, že si jejich

snah nikdo nevyšimá.

Výskyt faktorů ovlivňující pracovní spokojenost ukazuje, že přesto že celková atmosféra vychází pozitivně - 79% dotázaných se cítí v práci spokojeně, pracovníci by uvítali možnost probrat své problémy s nezávislým odborníkem - 83% a chtěli by více poznat názory svých kolegů - 57%.

Téměř polovina dotazovaných připouští neshody s lékaři, 47%. Supervize pomáhá zvyšovat profesionální kompetence, které zahrnují schopnosti a zkušenosti jak problémy řešit a efektivně zvládat

7.1.8 DISKUZE K DOPLŇUJÍCÍM KATEGORIÍM Z DOTAZNÍKU

V této podkapitole jsou uvedeny výsledky a diskuze u kategorií, které s ohledem na téma práce mohou přinést zajímavá zhodnocení.

Grafy a četnosti odpovědí u jednotlivých položek jsou uvedeny jako přílohy diplomové práce.

1. Zhodnocení dle celkového počtu let praxe ve zdravotnictví:

Celkový počet let praxe je významnou proměnou při hodnocení získaných údajů. Starší sestry jsou většinou zkušenější, bývají již více adaptované a problémy si již tolik nepřipouští. Na druhé straně mohou být více profesionálně deformované.

Celkový počet odpracovaných let ve zdravotnictví uvedlo 142 respondentů, což je 96% z celkového počtu hodnocených dotazníků 148.

Kategorie:

- do 2 let uvedlo 5 sester, tedy 3,4% z celkového počtu
- 2-5 let uvedlo 25 sester, tedy 16,9% z celkového počtu
- 5-10 let uvedlo 11 sester, tedy 7,4% z celkového počtu
- 10-20 let uvedlo 39 sester, tedy 26,4% z celkového počtu
- 20 let a více uvedlo 62 sester, tedy 41,9% z celkového počtu
- 6 počet let praxe neuvedlo, tedy 4% z celkového počtu

Vyjádření k hypotéze č.I. “Pracovníci považují znalosti svých kompetencí a své role v týmu za nedostatečné a uvítali by možnost probrat rozdělení kompetencí a odpovědnost”.

Shodně s celkovými odpověďmi je první část hypotézy vyvrácena a její druhá část potvrzena. Nejvíce jisté v tom, co mají a nemají dělat, jsou si sestry s nejdelší praxí. Bez ohledu na počet let praxe sestry souhlasí s tvrzením, že možnost probrat rozdělení odpovědností a práce by jim prospěla. Zajímavé je zjištění, že sestry s praxí 5-10 let nejméně souhlasí s tím, že by jim po nástupu do zaměstnání byla poskytnuta opora zkušenějším kolegou.

Vyjádření k hypotéze č.II. “Respondenti nemají možnost dostatečně ventilovat negativní emoce a uvítali by možnost komunikovat je s nezávislým odborníkem, kterému důvěřují”.

Všechny se shodují na tom, že v nich pacienti vyvolávají silné emoce. „*Události z práce domů*“ si nejvíce nosí nejmladší sestry, nejméně pak sestry s praxí 5-10 let.

O pocity nepohody se všechny mají v práci s kým podělit, nejméně pak sestry nejmladší a sestry nejstarší. Sestry s praxí 10 let a více, mnohem méně „*napadá, že by chtěly z oddělení odejít*“. Nejvíce o tom přemýšlí sestry s praxí 5-10 let. S možností probrat náročné situace s nezávislým odborníkem nejvíce souhlasí sestry s nejkratší a sestry s nejdelší praxí. Odpovídá to jejich menší příležitosti podělit se v práci o negativní emoce.

Hypotéza je tedy částečně vyvrácena – respondenti mají možnost ventilovat své emoce, ne však dostatečně. Možnost probrat náročné situace s nezávislým odborníkem by uvítali.

Vyjádření k hypotéze č.III. “Vztahy a komunikace je na pracovištích vnímána spíše negativně”.

Komunikaci vnímají sestry spíše jako otevřenou. Neshody s lékaři nejvýrazněji pociťují služebně nejmladší sestry s praxí do 2 let a sestry v kategorii 5-10 let. Nejméně pak sestry v kategorii 2-5let praxe.

Spokojené se v práci cítí starší sestry, 10 let a více, a sestry s praxí 20 let a více jsou nejspokojenější. Nejméně spokojené jsou sestry s praxí 5-10let.

Hypotézu lze považovat za nepotvrzenou. Sestry vztahy a komunikaci vnímají spíše pozitivně.

Vyjádření k hypotéze č.IV. “V MNUL se vyskytují určité znaky učící se kultury, které zaměstnanci vnímají pozitivně”

S tvrzením, že „*nadřízený bere v úvahu náměty řadových zaměstnanců*“, se nejvíce ztotožňují sestry v kategorii 2-5 let praxe, nejméně sestry s praxí 5-10 let. Shodně se vyjadřují k tvrzení, že o chybách se v týmu otevřeně hovoří. Starší sestry, 10 let praxe a více, více souhlasí s tvrzením, že „*ostatní mi dávají najevo, že si mé práce váží*“. Nejméně se s tvrzením ztotožňují sestry s praxí 5-10 let.

Hypotézu lze považovat za potvrzenou, v organizaci se vyskytují znaky učící se organizace, jako zpětná vazba, vedení podporuje snahy svých zaměstnanců, chyby se berou jako příležitost ke změně, které zaměstnanci vnímají pozitivně.

Vyjádření k hypotéze č.V. “Firemní kultura a podpora vedení je zaměstnanci vnímána spíše pozitivně”

S hodnotami organizace se nejvíce ztotožňují sestry s nejkratší praxí, jsou také nejvíce spokojené s pověstí organizace jako poskytovatele péče. Pracovat v nemocnici za 5 let chtějí shodně všechny kategorie. Sestry s praxí 5-10 se s tímto tvrzením však shodují znatelně méně, než ostatní.

Projevy zájmu o každodenní problémy ze strany nadřízeného a dávání najevo spokojenosti s prací vnímají nejméně sestry s praxí 5-10.

Hypotézu považují za potvrzenou. Celkově je firemní kultura sestrami ve všech kategoriích vnímána pozitivně.

Shrnutí dle celkového počtu let praxe:

Podporu je třeba zaměřit cíleně podle věku. U sester nejmladších je vhodné zařadit supervizi jako součást adaptačního procesu, zohlednit jejich potřebu identifikovat se s organizací a zorientovat se v kompetencích. Sestry s praxí 5-10 let vycházejí v porovnání s ostatními jako nejvíce nespokojené. Nejméně souhlasně se vyjádřily k tvrzení, že jim byla poskytnuta opora při nástupu do zaměstnání, nejvíce z dotázaných přemýšlí o odchodu z oddělení, nejméně souhlasí s tvrzením, že nadřízený bere v úvahu náměty řadových zaměstnanců a nejméně souhlasných odpovědí v porovnání s ostatními

kategoriemi uvedly rovněž u tvrzení, že by v organizaci chtěly pracovat i za 5 let.

Tato skupina sester se jeví jako nejvíce ohrožená syndromem vyhoření. Profesionální podpora by se měla zaměřit na tuto kategorii sester tak, aby zohlednila jejich potřebu dobré komunikace a vztahů a pomohla jim reflektovat jejich potřebu dalšího rozvoje a vztahu k nadřízeným. Domnívám se, že bude těžké právě tuto kategorii motivovat ke spolupráci s nezávislým odborníkem a že by více podpory mělo přijít od přímých nadřízených.

2. Zhodnocení dle oddělení, na kterém respondenti pracují:

Odpovědi z jednotlivých oddělení jsem zařadila do oborů tak, aby byly zastoupeny obory operační, neoperační, intenzivní, dětské a ženská klinika.

- operační obory: odpovědělo 20 což je 13,5% z celkového počtu
- neoperační obory: odpovědělo 30 což je 20,3% z celkového počtu
- intenzivní obory: odpovědělo 33 což je 22,3% z celkového počtu
- dětské obory: odpovědělo 21 což je 14,2% z celkového počtu
- ženská klinika: odpovědělo 22 což je 14,9% z navrácených dotazníků
- oddělení nevedlo 22 respondentů, což je 14,9% z navrácených dotazníků

Pracoviště může být významným činitelem zejména při mapování rizika syndromu vyhoření. Pro zavádění supervize je významná atmosféra na pracovišti. Na operačních a intenzivních odděleních je přítomnost podmínek snižujících pracovní spokojenost výraznější.

Vyjádření k hypotéze č.I. “Pracovníci považují znalosti svých kompetencí a své role v týmu za nedostatečné a uvítali by možnost probrat rozdělení kompetencí a odpovědnost”.

Ve vyjádření k hypotéze převládá shoda s vyvrácením její první části, zaměstnanci považují znalosti svých kompetencí za dostatečné, ale přesto by uvítali možnost probrat rozdělení svých kompetencí. Nejvíce souhlasných odpovědí je z operačních oborů (viz. Příloha č. 5, Graf č.6).

Vyjádření k hypotéze č.II. “Respondenti nemají možnost dostatečně ventilovat negativní emoce a uvítali by možnost komunikovat je s nezávislým odborníkem, kterému důvěřují”.

I zde jsou shodné souhlasné odpovědi s tvrzením, že “*pacienti ve mně vyvolávají negativní emoce*”, nejméně si události z práce domů odnáší sestry z operačních oborů. Sestry také bez větších rozdílů souhlasí s tvrzení, že se mají o negativní pocity v práci s kým podělit a rovněž by využily možnost konzultace s nezávislým odborníkem. Jak je patrné z grafu (viz. Příloha č. 5, graf č. 7), nejvíce s tvrzením souhlasí sestry z dětských, intenzivních a neoperačních oborů, o něco méně sestry z operačních oborů.

Výraznější rozdíly jsou patrné u tvrzení “*napadá mě, že bych chtěla z oddělení odejít*”. **Nejvíce souhlasně se vyjadřují sestry z intenzivní medicíny**, sestry z dětských oddělení o odchodu z oddělení uvažují nejméně. Hypotéza je tedy částečně vyvrácena, respondenti mají kde ventilovat negativní emoce, ale možnost komunikovat je s nezávislým odborníkem by uvítali. Tato část hypotézy je potvrzena.

Vyjádření k hypotéze č. III. “Vztahy a komunikace je na pracovištích vnímána spíše negativně”.

Domněnku o vyšším výskytu faktorů snižujících pracovní spokojenost sester operačních a intenzivních oborů potvrzuje vyjádření k tvrzení „*komunikaci na oddělení považuji za otevřenou*“. Sestry z intenzivních oborů a operačních oborů vyjádřily s tímto tvrzením nejméně souhlasných odpovědí. Sestry z těchto oborů také více potvrzují výskyt neshod s lékaři.

Intenzivní a operační obory potvrzují hypotézu o negativním vnímání vztahů a komunikace na pracovišti (viz. Příloha č. 5, graf č. 8). Ostatní obory hypotézu nepotvrzují.

Nejvíce spokojené se cítí sestry z neoperačních oborů, nedůvěru na pracovišti nejvíce pocítují sestry z intenzivních oborů.

Vyjádření k hypotéze č.IV. “V MNUL se vyskytují určité znaky učící se kultury, které zaměstnanci vnímají pozitivně”

Operační obory nejvíce souhlasí s tvrzením, že jejich nadřízený bere v úvahu jejich náměty. Nejméně s tvrzením souhlasí sestry z dětských oddělení. Chyby a jejich následky otevřeně komunikují na všech vybraných odděleních, o něco méně na dětských. Nejméně doceněné se cítí sestry z intenzivní medicíny, které nejméně souhlasí s tvrzením, že jim ostatní dávají najevo, že si jejich práce váží a nejvíce z vybraných oddělení souhlasí s tvrzením, že jejich snah si obvykle nikdo nevšímá (viz. Příloha č. 5, graf č. 9),.

Vyjádření k hypotéze č.V. “Firemní kultura a podpora vedení je zaměstnanci vnímána spíše pozitivně”.

Vyjádření k tvrzením, která se vztahují k této hypotéze, jsou poměrně shodná. Nejméně jsou s pověstí zaměstnavatele, coby poskytovatele kvalitní péče, spokojeni na ženské klinice a na dětských odděleních. Tato hypotéza je potvrzena. Respondenti vnímají firemní kulturu a podporu vedení spíše pozitivně.

Shrnutí výsledků dle pracoviště:

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce faktorů negativně působících na pracovní spokojenost se vyskytuje na operačních odděleních a odděleních intenzivní péče. Ale ani ostatní obory nelze při zavádění profesionální podpory opomíjet.

3. Zhodnocení dle počtu let praxe na stávajícím oddělení:

Riziko syndromu vyhoření může být vyšší, při dlouhém působení na jednom pracovišti.

Kategorie dle odpracovaných let na stávajícím pracovišti:

- do 2 let, odpovědělo 23, což je 15,5% z celkového počtu
- 2-5 let, odpovědělo 30, což je 20,3% z celkového počtu
- 5-10 let, odpovědělo 24, což je 16,2% z celkového počtu
- 10-20 let, odpovědělo 36, což je 24,3% z celkového počtu

- 20 a více let, odpovědělo 27, což je 18,2% z celkového počtu
- 8 počet let na stávajícím oddělení neuvědlo, což je 5,4% z celkového počtu

Vyjádření k hypotéze č.I. “Pracovníci považují znalosti svých kompetencí a své role v týmu za nedostatečné a uvítali by možnost probrat rozdělení kompetencí a odpovědnost”.

Odpovědi jsou v celku vyrovnané, podobně jako u celkového počtu praxe, sestry v kategorii 5-10 nejméně souhlasí s tvrzením, že jim byla poskytnuta opora zkušenějším kolegou. **Nejvíce patrný je rozdíl ve vyjádření k tvrzení 5, „ možnost probrat rozdělení odpovědnosti a práce na oddělení by nám prospěla“ ke kterému se nejvíce přikláněly sestry s nejdelší praxí, oproti sestřám s praxí 2-5 let (viz. Příloha č. 5, graf č. 11).**

První část hypotézy považují za nepotvrzenou, druhou za potvrzenou.

Vyjádření k hypotéze č.II. “Respondenti nemají možnost dostatečně ventilovat negativní emoce a uvítali by možnost komunikovat je s nezávislým odborníkem, kterému důvěřují”.

Sestry se bez ohledu na počet let praxe na oddělení ztotožňují s tvrzením, že v nich pacienti zanechávají silné pocity, které i přesto, že se o ně mají v práci s kým podělit, si odnášejí domů. **Zajímavé je vyjádření k tvrzení o možnosti “probrat náročné situace s nezávislým odborníkem, kterému důvěřují“.** **Nejvíce souhlasných odpovědí měly sestry služebně nejmladší do 2let praxe na oddělení a sestry s nejdelší praxí na oddělení (viz. Příloha č. 5, graf č. 12).**

Odejít z oddělení nejčastěji napadá sestry služebně nejmladší a sestry v kategorii 5-10 let praxe. První část hypotézy je vyvrácena, druhá potvrzena.

Vyjádření k hypotéze č. III. “Vztahy a komunikace je na pracovištích vnímána spíše negativně”.

Nejméně považují komunikaci v týmu za otevřenou sestry, které jsou na oddělení nejkratší dobu. Ty také nejvíce souhlasí s tvrzením, že se na oddělení vyskytují neshody s lékaři. Z výzkumu je patrné, že sestry s delší praxí, 20 let a více, mají o něco větší zájem poznat více názory svých kolegů. Také se cítí na svých odděleních nejspokojenější a také příliš nesouhlasí s tvrzením, že je na jejich oddělení málo důvěry. **Nedostatek důvěry nejvíce pociťují sestry s nejkratší praxí na oddělení a sestry s praxí 5-10 let** (viz. Příloha č. 5, graf č. 13).

Hypotézu lze hodnotit jako nepotvrzenou. I v tomto případě sestry považují vztahy a komunikaci spíše za pozitivní.

Vyjádření k hypotéze č. IV. “V MNUL se vyskytují určité znaky učící se kultury, které zaměstnanci vnímají pozitivně”.

I zde se hypotéza potvrzuje. Podobně jako u předešlých odpovědí, sestry s praxí 5-10 let na oddělení nejméně souhlasí s tvrzením, že jejich nadřízený bere v úvahu náměty řadových zaměstnanců, nejvíce se s tvrzením ztotožňují sestry s praxí 2-5 let a sestry s praxí delší 10 let. Nejstarší sestry se také nejvíce domnívají, že se o chybách otevřeně komunikuje, souhlasí s tvrzením, že jim ostatní dávají najevo, že si jejich práce váží a nejméně souhlasí s tvrzením, že si jejich snah nikdo nevšímá. Ostatní kategorie mají odpovědi vyrovnané, s převahou souhlasných.

Hypotézu je možné považovat za potvrzenou.

Vyjádření k hypotéze č.V. “Firemní kultura a podpora vedení je zaměstnanci vnímána spíš pozitivně”.

S hodnotami organizace se nejvíce ztotožňují sestry s nejkratší dobou praxe na oddělení, ty jsou dle odpovědí také nejvíce spokojené s pověstí organizace jako poskytovatele kvalitní péče. Společně se sestrami služebně nejstaršími chtějí v organizaci pracovat i za 5 let. Nejméně se s tvrzením ztotožňují sestry s praxí 5-10 let. Ty také pociťují nejmenší zájem ze strany nadřízeného o své každodenní problémy a nejméně souhlasí s tvrzením, že jim nadřízený dává najevo spokojenost s jejich prací. Nejméně se k potvrzení hypotézy přibližují sestry s praxí 5-10, firemní kultura a podpora vedení je touto kategorií vnímána spíše negativně. Ostatní kategorie hypotézu spíše potvrzují.

Shrnutí výsledků dle počtu let praxe na oddělení:

Výzkum potvrzuje, že obdobně jako u celkového počtu let praxe, se nejméně spokojeně cítí sestry, které jsou na oddělení nejkratší dobu a sestry s praxí 5-10 let. Lze se domnívat, že u nejmladší kategorie to může být způsobeno nejistotou, nedostatečně pevnými vztahy. Na tuto kategorii je třeba myslet zejména v době adaptačního procesu, soustředit se na podporu při získávání jistoty při výkonech, neopomíjet sociální začleňování do pracovního kolektivu.

U sester v kategorii 5-10 let se může jednat o počáteční projevy syndromu vyhoření. Lze se domnívat, že jsou již dostatečně zkušené, mají potřebnou jistotu a příliš nových věcí je při každodenních činnostech nepřekvapí. Práce se pro ně stává rutinou. Na tuto kategorii je vhodné se zaměřit s nabídkou podpory ve formě vzdělávání, rozšiřování si dovedností a kompetencí.

4. Zhodnocení dle pracovního zařazení respondentů.

Při porovnání odpovědí řadových, staničních a vrchních sester k jednotlivým pracovním hypotézám si také ověřím domněnku, že nedostatek podpory mohou více pociťovat sestry ve středním managementu, staniční a vrchní sestry.

Odpovědělo celkem:

- 119 zdravotních sester, což je 80,4% z celkového počtu
- 8 staničních sester, což je 5,4% z celkového počtu
- 9 vrchních sester, což je 6,1% z celkového počtu
- 12 zařazení nevedlo, což je 8,1% z celkového počtu

Vyjádření k hypotéze č.I. “Pracovníci považují znalosti svých kompetencí a své role v týmu za nedostatečné a uvítali by možnost probrat rozdělení kompetencí a odpovědnost”.

Podporu od zkušenějšího kolegy pociťovaly sestry téměř stejně. Výraznější rozdíl u tvrzení č.2 „*s vedoucím pracovníkem někdy probírám svou pracovní náplň*“. Staniční sestry se s ním ztotožňují nejvíce, vrchní nejméně. O tom, co mají a nemají v práci dělat, mají sestry také vyrovnanou představu. Výraznější rozdíl je u tvrzení „*možnost probrat*

rozdělení odpovědností a práce na oddělení by nám prospěla“. Vrchní sestry s tímto tvrzením souhlasí nejvýrazněji.

Hypotéza je stejně jako u jiných kategorií částečně potvrzena i vyvrácena. Sestry považují své znalosti kompetencí za dostatečné, ale možnost probrat rozdělení kompetencí by uvítaly.

Vyjádření k hypotéze č. II. “Respondenti nemají možnost dostatečně ventilovat negativní emoce a uvítali by možnost komunikovat je s nezávislým odborníkem, kterému důvěřují”.

Silné pocity, které občas vyvolává kontakt s pacienty, připouští všechny respondentky. Vrchní sestry o něco méně. Události z práce domů si nejvíce odnáší staniční sestry. Mou domněnku potvrzuje vyjádření k tvrzení *„o pocity nepohody se mám v práci s kým podělit“*. Vrchní sestry s tímto tvrzením souhlasily nejméně, staniční sestry nejvíce. S možností *„probrat náročné situace s nezávislým odborníkem, kterému důvěřují“*, souhlasila většina dotázaných sester, vrchní sestry nejvýrazněji.

Hypotéza byla tedy částečně vyvrácena a částečně potvrzena.

Vyjádření k hypotéze č. III. “Vztahy a komunikace je na pracovištích vnímána spíše negativně”.

Na otevřené komunikaci se sestry shodují ve všech kategoriích. Neshody s lékaři nejméně vnímají staniční sestry, vrchní nejvíce. O možnost poznat více názory svých kolegů nejvíce stojí vrchní sestry, následují staniční sestry a o něco méně řadové sestry. Nejspokojenější se cítí sestry staniční, vrchní a řadové sestry vnímají spokojenost stejně. S tvrzením, že *„na oddělení je spíše málo důvěry“* nejméně souhlasí staniční sestry, další dvě kategorie důvěru vnímají podobně. S tvrzením spíše nesouhlasí.

Hypotézu lze považovat i v tomto případě za nepotvrzenou. Vztahy i komunikace vnímají sestry pozitivně.

Vyjádření k hypotéze č. IV. “V MNUL se vyskytují určité znaky učící se kultury, které zaměstnanci vnímají pozitivně”.

Staniční sestry nejvíce souhlasí s tvrzením, že *“nadřízený bere v úvahu náměty řadových zaměstnanců”*. Vrchní sestry s tvrzením souhlasí nejméně. Otevřenou komunikace o chybách nejvíce připouštějí staniční sestry, vrchní sestry a řadové sestry s tvrzením souhlasí o něco méně. To, že si jejich práce váží, dostávají nejvíce najevo vrchní sestry, následují staniční a nejméně toto vnímají ostatní sestry. Ty si také nejvíce myslí, že jejich snah si nikdo nevšímá. Vrchní a staniční sestry s tvrzením souhlasí méně. Celkově sestry hypotézu potvrdily.

Vyjádření k hypotéze č.V. “Firemní kultura a podpora vedení je zaměstnanci vnímána spíš pozitivně”.

S hodnotami organizace se nejvíce ztotožňují staniční sestry, následují vrchní a řadové sestry nejméně. S pověstí organizace jako poskytovatele kvalitní péče se sestry shodně ztotožňují. Bez většího rozdílu chtějí pracovat v nemocnici i za 5 let.

Výraznější je rozdíl u výroku „*můj přímý nadřízený projevuje zájem o mé každodenní problémy*“. Nejméně s tímto souhlasí vrchní sestry, zatímco staniční sestry s tvrzením výrazně souhlasí (viz. Příloha č. 5, graf č. 20).

Hypotézu považuji za potvrzenou,

Shrnutí výsledků dle pracovního zařazení:

Domnívám se, že řadové sestry mají nejvíce podpory v osobě své staniční sestry, ty potom v osobě vrchní sestry. Vrchní sestry jsou na tom již hůře. Hlavní sestra nemůže poskytovat dostatečnou podporu všem vrchním sestrám v nemocnici a přitom jsou to často právě ony, na koho jsou kladeny největší nároky a očekávání.

Výsledky výzkumu potvrdily mou domněnku, že vrchní sestry pocítují podporu nejméně.

5. Zhodnocení dle věku respondentů.

Kategorie:

- do 25 let odpovědělo 14 sester, což je 9,5% z celkového počtu
- 26-35 let odpovědělo 39 sester, což je 26,4% z celkového počtu
- 36-45 let odpovědělo 52 sester, což je 35,1% z celkového počtu
- 46-55 let odpovědělo 31 sester, což je 20,9% z celkového počtu
- 55 a více let odpovědělo 9 sester, což je 6,1% z celkového počtu
- 3 respondenti věk neuvedli, což je 2,0% z celkového počtu

Vyjádření k hypotéze č.I. “Pracovníci považují znalosti svých kompetencí a své role v týmu za nedostatečné a uvítali by možnost probrat rozdělení kompetencí a odpovědnost”.

Podobně, jako u celkového počtu let praxe, mají nejstarší sestry nejvíce jasno v tom, co mají a co nemají v práci dělat. Nejméně jisté jsou si sestry nejmladší, tedy ty s nejmenší praxí. Sestry se shodují v potřebě probrat rozdělení kompetencí, nejvíce sestry nejstarší, o něco méně sestry ve věku 26-35 let.

Vyjádření k hypotéze č. II. “Respondenti nemají možnost dostatečně ventilovat negativní emoce a uvítali by možnost komunikovat je s nezávislým odborníkem, kterému důvěřují”.

„*Události z práce domů*“ si nejvíce nosí sestry ve věku 26-35 let. Téměř shodně se vyjadřovaly sestry s odpovídajícím počtem let praxe. S tvrzením „*o pocity nepohody se mám v práci s kým podělit*“ měly nejméně souhlasných odpovědí nejstarší sestry, 55 let a více. Podporuje to mou domněnku o menší podpoře vedoucích sester, neboť právě ony jsou často v této věkové kategorii. Nejstarší sestry rovněž nejvíce souhlasí s tvrzením, „*využila bych možnost probrat náročné situace s nezávislým odborníkem*“. Shoduje se tvrzením sester s nejdelší praxí. Také u tvrzení, „*napadá mě, že bych chtěla z oddělení odejít*“, se vyjádření shodují s lety praxe. S tvrzením nejméně souhlasí sestry 46-55 let, tedy ty s praxí 20 let a více. Nejvíce souhlasí sestry ve věku 26-35 let, tedy ty, které spadají částečně do kategorie 5 -10 let praxe a částečně 10-20 let praxe.

Hypotéza je částečně vyvrácena, sestry uvádějí, že mají možnost ventilovat své negativní emoce a zároveň by uvítaly možnost probrat náročnou situaci s nezávislým odborníkem, tedy její druhá část je potvrzena.

Vyjádření k hypotéze č. III. “Vztahy a komunikace je na pracovištích vnímána spíše negativně”.

Nejvíce s tvrzením o otevřené komunikaci souhlasí nejstarší sestry, ostatní sestry souhlasí o něco méně. Neshody s lékaři nejvíce vnímají sestry mezi 26-35 lety, nejstarší sestry nejméně. O poznání názorů svých kolegů nejméně stojí sestry nejmladší, ostatní mají zájem vyrovnaný. Starší sestry se cítí v práci spokojenější. Málo důvěry na pracovišti vnímají spíše mladší sestry.

I s ohledem na věk respondentů je hypotéza vyvrácena. Sestry vnímají vztahy a komunikaci spíše pozitivně.

Vyjádření k hypotéze č. IV. “V MNUL se vyskytují určité znaky učící se kultury, které zaměstnanci vnímají pozitivně”.

Většina sester se vyjádřila souhlasně k tvrzení, že jejich nadřízený bere v úvahu jejich náměty. Nejstarší sestry si to myslí nejvíce. Nejstarší sestry se k tvrzení, že „o chybách a jejich následcích v týmu otevřeně komunikujeme“, vyjádřily nejvíce souhlasně, sestry ve věku 26-35 let souhlasí již méně. Výrazný rozdíl je také u tvrzení „ostatní mi dávají najevo, že si mé práce váží“, kdy nejstarší s tvrzením souhlasí nejvíce, nejméně sestry nejmladší. S tvrzením „mých snah si obvykle nikdo nevšímá“ nejstarší sestry téměř nesouhlasí. Ostatní věkové kategorie s tvrzením velmi lehce souhlasí, odpovědi j sou vyrovnané.

I v tomto případě považují hypotézu za potvrzenou.

Vyjádření k hypotéze č. V. “Firemní kultura a podpora vedení je zaměstnanci vnímána spíše pozitivně”.

S hodnotami organizace se nejméně ztotožňují sestry ve věku 26-35 let a sestry ve věku 55 a více. Tyto věkové kategorie jsou také nejméně spokojeny s pověstí organizace jako poskytovatelem kvalitní péče. S tvrzením „chci v nemocnici pracovat za 5 let“. Nejvíce

souhlasí sestry ve věkové kategorii 46-55 let. Méně jisté si jsou nejmladší sestry. Nejméně souhlasí sestry nejstarší, 55 let. S tvrzením *“můj nadřízený mi dává zřetelně najevo, když je s mou prací spokojený“* vyjádřily nejvíce souhlasných odpovědí nejstarší sestry, 55 let a více.

Shrnutí výsledků dle věku respondentek

Nesouhlas s tvrzením, chci v organizaci pracovat za 5let u nejstarších sester, lze vysvětlit právě jejich věkem, který se již může blížit důchodovému, a za uvedenou dobu již chtějí být na zasloužilém odpočinku. Starší sestry, jejichž věk se však důchodovému neblíží, mají svou budoucnost s nemocnicí spojenou.

7.1.9 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ S OHLEDEM NA HLAVNÍ A DÍLČÍ VÝZKUMNÉ

OTÁZKY

„Může supervize, s možnostmi které nabízí, být vhodnou formou profesionální podpory pro zdravotní sestry v Masarykově nemocnici, snižující jejich pracovní nespokojenost?“

„Vyskytují se v Masarykově nemocnici faktory snižující pracovní spokojenost, které lze řešit supervizí?“

„Jsou v Masarykově nemocnici přítomny podmínky příznivé pro zavádění supervize?“

Z výzkumu vyplynulo, že v Masarykově nemocnici jsou přítomny faktory snižující pracovní spokojenost. Naštěstí v míře, kdy nejsou některými pracovníky vnímány ohrožujícím způsobem. Většina z dotazovaných považuje komunikaci a vztahy na odděleních za přijatelné, domnívá se, že zná dostatečně své kompetence a může je se svým vedoucím diskutovat. Zároveň většina dotázaných připouští, že by jim možnost probrat odpovědnosti a rozdělení práce prospěla. Téměř všichni dotazovaní uvedli, že pacienti v nich vzbuzují silné emoce a přesto, že se většina má s kým v práci o tyto emoce podělit, často si je odnáší domů. Zejména se to týká nejmladších a nejstarších sester. Zde je prostor na cílenou podporu.

V Masarykově nemocnici se rovněž vyskytují podmínky, které jsou uváděné jako vhodné pro zavádění supervize. Zaměstnanci mají možnost svými nápady ovlivnit chod oddělení, od vedení pociťují podporu, vedení oceňuje snahy svých pracovníků, podporuje vzájemné učení. A přesto, že většina dotázaných uvedla, že by uvítala možnost probrat pocity nepohody s nezávislým odborníkem, kterému by důvěřovali, to ještě neznamená, že jsou všichni připraveni supervizi jako profesionální formu podpory přijmout. Je třeba supervizi nabízet cíleně, tam, kde je opravdu třeba.

Z celkového hodnocení vyšly jako vhodné kandidátky sestry nejmladší, které i přes kvalitní systém zácviku v době adaptačního procesu vnímají nespokojenost.

Supervizi jako profesionální formu podpory lze u nich zaměřit na:

- lepší pochopení kompetencí a pozice v týmu
- podporu lepší komunikace a tím i zlepšení vztahů v týmu

Při porovnání jednotlivých oborů, jako nejméně spokojené vycházely sestry pracující na odděleních intenzivní péče a operačních oborech. Domnívám se, že i u sester s praxí 5-10 let, které vycházely jako nejvíce nespokojené, by supervize mohla fungovat jako profesionální forma podpory se zaměřením na:

- zvýšení pracovní spokojenosti
- snížení flukuační tendence
- snížení emočního napětí, prevenci syndromu vyhoření

7.2 ROZHOVOR

V další části výzkumu jsem použila metodu rozhovoru pomocí návodu dle Hendla: návod představuje soubor otázek nebo témat, která jsou předmětem rozhovoru. S otázkami i jejich pořadím lze nakládat relativně volně, zaměření zůstává, ale více se dbá na možnost respondenta sdělit výzkumníkovi svoje osobní zkušenosti, perspektivy. Umožní mu získat spolehlivé a validní informace o zkoumaných jevech. Pomůže mu proniknout hlouběji do zkoumané problematiky. (Hendl, 2005)

7.2.1 VÝBĚR VZORKU V KVALITATIVNÍM VÝZKUMU

„Pro účel výzkumné studie jsem zvolila výběr záměrný, při kterém se výzkumník řídí svými zkušenostmi, intuicí, představou a někdy i možnostmi. Do vzorku jsou zařazovány osoby, které se jeví výzkumníkovi pro daný výzkum vhodné. Reprezentativnost vzorku se dosahuje záměrným výběrem osoby, která dobře reprezentuje dané prostředí.“ (Bártlová a kol. 2008, str.80)

7.2.2 PARTICIPANTKY

Hlavní sestra nemocnice – jako vedoucí sestra nemocnice je si dobře vědoma rizik, které sebou profese zdravotní sestry přináší. Je její prioritou odbourávat faktory, které snižují pracovní spokojenost. Výzkumu se účastnila rovněž jako zástupce top managementu Masarykovy nemocnice.

Vedoucí vzdělávacího centra – se supervizí, kterou lze chápat jako systematické všestranné vzdělávání, má osobní zkušenost. Dobře také zná potřeby zdravotnických pracovníků nejen v oblasti vzdělávání. Vedoucí vzdělávacího centra patří k vyššímu managementu Masarykovy nemocnice.

Zástupce vrchních sester – se supervizí má osobní zkušenost. Ze své každodenní praxe zná dobře to, co sestry potřebují, co jim schází, o co stojí a o co naopak nestojí. Vrchní sestra Masarykovy nemocnice patří ke střednímu managementu.

Vedoucí personálního oddělení – se supervizí osobní zkušenost nemá. Orientuje se v různých možnostech podpory zaměstnanců a finančních možnostech organizace.

7.2.3 DŮVĚRNOST

Participantky byly seznámeny s výzkumným záměrem. Dále byly ujištěny o důvěrnosti všech údajů a o tom, že získané informace budou zveřejňovány pouze s jejich souhlasem. Účastníce byly informovány o možnosti odmítnutí svého podílu na výzkumu i odmítnutí odpovědi na otázky, ke kterým by se případně nechtěly vyjadřovat. Pro zachování anonymity jsou participantky označeny R1, R2, R3, R4.

7.2.4 STRUKTURA ROZHOVORU

- Zmapování názorů respondentů na význam profesionální podpory
- Prezentace výsledků dotazníkového šetření
- Diskuze nad možnými riziky při využití supervize (časová a finanční náročnost)
- Zjištění návrhů respondentů na možnost využití supervize
- Prezentace vlastních návrhů
- Výběr návrhů využitelných pro praxi v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem

Otázky pro zmapování názorů managementu na význam profesionální podpory.

1. Co očekává vedení, když se řekne efektivní personální podpora?
2. Co by taková podpora měla vše obsahovat a splňovat?
3. Jakou podporu zatím zaměstnanci dostávají a co chybí? (co již z výše uvedeného)
4. Jakou částku je vedení ochotno věnovat pro získání takové podpory?
5. Jaká další očekávání by vedení mělo od supervize?
6. Jaká další možná úskalí, hrozby, rizika vedení spatřuje v zavedení supervize?

7.2.5 VÝSTUPY Z ROZHOVORŮ

Vyjádření k otázce č. 1 - Co očekává vedení, když se řekne efektivní personální podpora?

- R1** – podpora vedení je nejdůležitější. „*Vedoucí se musí zastat, je to motivující*“. Podpora neformálních skupin a vztahů. „*Lidi ocení peníze, ale motivátorem je, že do práce chodí rádi. Musí je to těšit, čím výš, neformální skupiny zanikají a nemají takový vliv*“.
- R2** – jistota zaměstnání u velké společnosti, pravidelná mzda, podpora vzdělávání, benefity, dobrá náplň práce odpovídající vzdělání a zkušenostem pracovníka, příjemné pracovní prostředí, dostatek personálu, kvalitní přístrojové vybavení, podpora spolupráce mezi lékařem a sestrou, podpora a pěstování kvalitních mezilidských vztahů, možnost dovolání v případě stížností u vrchní a staniční sestry.
- R3** – „*Na prvním místě finanční podpora vzdělávání, ničím nepodmíněná*“.
- R4** – podpora a uznání vzdělávání, podpora zázemí, „*Jsou to maminky, babičky, dcery, tak například školka je důležitý benefit*“. Význam přikládá psychické podpoře.

Vyjádření k otázce č. 2 - Co by taková podpora měla vše obsahovat a splňovat?

- R1** - vše co již bylo řečeno
- R2** – „*dobrý pocit, že mají zaměstnání a že se do něj mohou těšit*“
- R3** – dostatek financí pro všechny, ne pro vybrané jednotlivce
- R4** – vše, aby se cítili spokojenější

Vyjádření k otázce č. 3 - Jakou podporu zatím zaměstnanci dostávají a co chybí? (co již z výše uvedeného)

- R1** – za důležité považuje pravidelnou mzdu, chybí informace „*jsou rozladěni z šumů a nejistoť*“, zpětná vazba: „*Chybí jednoznačně zpětná vazba od vedení, poděkování, lidské ocenění.*“ Chybí pravidelné hodnocení práce.
- R2** – dostávají vzdělání, maximální podpora lékařů i nelékařů. Dostávají personální benefity – příspěvky na pojištění, stravné, příspěvky na dovolené, rekreace dětí, mají

zaručenou mzdu kolektivní smlouvou. Chybí hlavně podpora vedení, vyššího i toho vrcholového. Není všude. Zaměstnanci mají možnost využít služeb nemocničního kaplana psychologa.

- R3** – pokrytí potřeb na základě požadavků účastníků kurzů. *“Jestliže vyvstane potřeba nějakého typu vzdělání, snažím se jí naplnit“*.
- R4** - psychologické poradenství, *„na odděleních, kde se mi ty sestry zdály nejvíc vyhořelý, a pokud chtěly další výhody, tak tím psychologem musely projít“*.
- ocenění a uznání práce staniční a vrchních sester, *„aby se jim vyplatilo, že nedělají na směny“*

Vyjádření k otázce č. 4 - Jakou částku je vedení ochotno věnovat pro získání takové podpory?

- R1** – nedovede říct
- R2** – *„5-7 tisíc na rok, je to ale nereálné“*. *„Je třeba hledat vnitřní zdroje, supervizor jako zaměstnanec organizace, ne externista“*
- R3** – vše záleží na ceně lektora
- R4** – finance jsou problém, zvláště v této době. Konkrétní částku neuvádí.

Vyjádření k otázce č. 5 - Jaká další očekávání by vedení mělo od supervize?

- R1** – reflexi lidského ocenění, vysvětlit a pochopit proč, *„Supervize sestram ukáže pohled z jiné strany, vidí už jen to jedno, nejsou schopné vidět to odjinud“*.
- R2** – supervizor by měl být v každém odštěpném závodě
- R3** – vlastní posun
- R4** – supervizora potřebuji jako partnera

Vyjádření k otázce č. 6 - Jaká další možná úskalí, hrozby, rizika vedení spatřuje v zavedení supervize?

- R1** – nechť sester účastnit se dobrovolně: *„Mám pocit, že třetina zaměstnanců o tom nic neví, a rovnou to bojkotuje, není touha a snaha se o tom něco dovědět“*.
- R2** – finance, supervize nejsou ve finančním plánu, neochota vedoucích pracovníků (konkrétně primářů) podporovat supervizi
- R3** – ochota sester spolupracovat: *„Řekla bych, že většina populace a obzvláště v česku je*

uzavřená“.

- malá nebo žádná podpora lékařů: *„Řekla bych naprosto hanlivě v neprospěch lékařů, že sestry nepovažují za rovnocenného partnera, tak co si má co vyhořet“.*

R4 – problém bude financování supervize, motivace sester a získání kvalitní supervizora, který rozumí zdravotnické problematice a měl by pro sestry pochopení *„vyhořelý jsme, jsme skupina, která je k tomu náchylná, ale jsme jiný, vopouzřený, tvrdý. Vyprávíme historky a poslouchající překvapíme, my se tomu i smějeme, ale oni na nás koukaj s otevřenou pusou...“*

8 NÁVRHY VYUŽITELNÉ V MASARYKOVĚ NEMOCNICI

Návrh

- Zavést pravidelné motivační semináře o možnostech využití supervize ve zdravotnictví prováděné interním pracovníkem se zkušenostmi se supervizí. Semináře mohou probíhat formou přednášek o rizicích spojených s profesí pomáhajícího a následnou diskuzí s účastníky. Výsledným očekáváním je větší motivovanost k aktivní účasti na supervizním setkání. Semináře budou ohodnoceny kreditními body v rámci celoživotního vzdělávání.
- Příprava přednášek na krajskou konferenci zdravotnických pracovníků

R4 - spolupráce s oddělením koordinace projektů

R4 - za důležité považuje co nejvíce informovat pracovníky o významu supervize a možnostech, které nabízí.

R3 - důležitá je motivace *„supervizi považují za přínosnou, ale potřebovali bysme ty lidi trošičku otevřít“*

Návrh

- Vypracovat strategii postupné implementace supervize do nemocnice – spolupráce s vedoucí vzdělávacího centra – využití projektů na vzdělávání.

R4 - zpracovat návrh začlenit supervizi u sester na vedoucích pozicích do pracovní náplně

R2 - využití financování projektů z EU či využití dotací od firem

R3 - *„musí být dobrovolná a zadarmo“*

Návrh

- Zavést pravidelnou externí supervizi pro vedoucí sestry. Využití finančních zdrojů Masarykovy nemocnice.
- Zavedení dobrovolných intervizí pro vrchní a staniční sestry, podpora v jejich vedoucí funkci, podpora a rozvoj schopností ve vedení skupiny. Pracovní spokojenost úzce souvisí s kvalitou vedení.
- Zaměřit se na spolupráci vrchních a staničních sester. Pomocí pravidelných workshopů je seznamovat se smyslem supervize

R2 - navrhuje dát oficiální formu propagaci supervize. Např. uspořádat výjezdní seminář pro vedoucí sestry. Bylo by to pro ně více zážitkové „*pořádně proškolit staniční a vrchní, ty to pak předají svým podřízeným, lepší je, aby přišel každý sám...*“

R1 - navrhuje sestry postupně „infikovat“, informovat nenásilnou formou. Za klíčové považuje získat pro spolupráci při propagaci supervize vrchní a staniční sestry, které mají velký vliv na názory sester na svých pracovištích. „*Pokud o tom budou mluvit jako o ztrátě času a plýtvání penězi, ty holky do toho nepůjdou.*“

R4 - kladně hodnotí možnost vnitřních intervizorů „*potřebuji partnera, dřív jsem o vás nevěděla, teď už o vás vím*“.

Návrh

- Poskytování supervize na ta pracoviště, které projeví zájem s možností zaměřit se na porovnání míry pracovní spokojenosti u supervidovaných zdravotnických pracovníků a těch, kteří se supervize nezúčastnili.
- Společně s personálním oddělením zmapovat možnosti zavést supervizi do kariérního řádu pro vedoucí sestry
- S hlavní sestrou jako se zadavatelkou supervize předpřipravit kontrakt na supervizi, který zaměří zejména na potřeby organizace, očekávání od vedení

supervize a kritéria úspěšnosti.

- Ukotvení supervize ve svých interních předpisech jako jednu z cest k dosahování co nejvyšší míry kvality práce s klienty. V základních dokumentech organizace prezentovaných tištěnou nebo elektronickou formou by mělo být jasně deklarováno, že organizace pracuje pod supervizí.

R4 - podporuje veškeré aktivity propagující supervizi a snahy o její zavedení do Masarykovy nemocnice „*mně by se to líbilo, moc, docela mi vadilo, že supervizi mají dobrovolníci a sestry ne, ráda bych se tím chlubila, že sestry mohou dostávat takovou podporu*“

R4 - uvádí možnost začlenit supervizi u vedoucích sester do pracovní náplně

R4 - vyjádřila podporu zařazení supervize do fondu odpracovaných hodin a její úhradu zaměstnavatelem

R2 - zavést supervizi do vzdělávacího kalendáře, záleží na podpoře vedoucího primáře

Diskuze k rozhovorům:

Jako nejvýznamnější formy podpory byly uvedeny podpora vzdělání a podpora od vedení. Důležité jsou také benefity. Nemalý význam participantky přikládají jistotě zaměstnání u velkého zaměstnavatele a garanci pravidelného příjmu, „*...můžou být rádi, že jsou zaměstnaní u velké společnosti*“. „*Lidi ocení peníze, každý měsíc je mají na účtě, at' si říkají, co chtějí.*“

Během rozhovorů vyšla celá řada zajímavých podnětů týkajících se supervize jako profesionální podpory. Každý z respondentů byl seznámen s předloženými návrhy. Vyjádření k nim byla souhlasná. Návrhy se všem jeví jako užitečné, zajímavé a realizovatelné. Tyto návrhy byly rozšířeny o návrhy respondentů,

Dotazovaní se shodují na významu motivace jednotlivců a finančního zajištění. Na otázku, jak motivovat sestry, jedna z dotázaných uvedla: „*Jedině bít na poplach, že jsou na ně kladený opravdu vysoký nároky, že by jim supervizor opravdu dokázal pomoci, jak třeba pracovní stres. Takhle to navlíknout, že to není nic povinného, že je to pomocná ruka.*“

Všechny respondentky si uvědomují význam dobré zkušenosti se supervizí, důležitost znalosti pojmu supervize, toho co obnáší, o co při supervizi vůbec jde.

Velkou odezvu a podporu jak hlavní sestry, tak ostatních respondentek má

zavedení dobrovolných intervizí pro staniční a vrchní sestry. Dobrovolnost vystihuje jedna z tazatelek: „*Supervize mě posune dál, a když tam nebudu chtít, tak tam nepůjdu*“

„...někdo najde u sebe svoje slabý stránky, najde přes supervizi, co mu chybí, tak to dál může pak uplatnit.“

Jak uvádí Marková, (2008) realitě českého zdravotnictví, kdy v nemocnicích nejsou peníze na základní vybavení, personál je stále přetěžován a motivaci se nevěnuje téměř žádná pozornost, je zavedení dobrovolných supervizních skupin jedna z možností, jak zdravotníkům supervizi nabídnout.

V možnostech Masarykovy nemocnice je poskytnout zájemcům tzv.intervizi, tedy supervizi bez externího supervizora, která je vykonávána kmenovým pracovníkem organizace. Role intervizora je zde komplikovanější než role externisty, neboť kumuluje několik rolí současně. Je nezbytné jasně vymezit kompetence, zakázku a způsob práce se skupinou (Jeklová, 2007).

Při rozhovorech se vedle finančního zajištění objevovala jako možný problém nedostatečná motivace sester. Jak uvedla hlavní sestra, ale i vedoucí vzdělávacího centra, mnohé sestry neumí a nechtějí vyjadřovat své emoce, hlavně ty negativní.

„*Supervizi považuji za přínosnou, ale potřebovali bysme ty lidi trošičku otevřít.*“

Význam přikládají nejen informovanosti, ale i dodržení důvěrnosti: „*Ten člověk musí být připraven a nesmí to zasáhnout úplně poprvé jeho soukromí, aby se toho nebál, aby věděl, co se tam děje, příště už se víc otevře.*“

Podpora vedení je z rozhovorů více než zřejmá a rovněž 83% souhlasných odpovědí s tvrzením „*přivítala bych možnost probrat negativní pocity s odborníkem, kterému důvěřuji*“ v dotazníkovém šetření nasvědčuje tomu, že supervize je v organizaci žádaná, jak to uvádí Úlehla, hlavní myšlenkou při zavádění supervize, jako nástroje rozvoje organizace, je změna, a to žádaná změna. (Úlehla, 1999)

Domnívám se, že zavést supervizi do organizace jako je Masarykova nemocnice je úkol náročný, ale ne nemožný. Za nesmírně přínosný považuji fakt, který potvrdily jak rozhovory, tak dotazníkové šetření, že pracovníci i vedení věří, že existují možnosti, které jim pomohou pracovat kvalitně, s plným nasazením a neztrácejí při tom nadšení, a navíc jim pomohou rozvíjet a udržovat své schopnosti a dovednosti. Slovy jedné z nich: „*Supervizi považuji za pilíř, skutečně pilíř toho, aby sestry naučily vnímat nejen sebe, ale aby se naučily proč se vzdělávat, proč by se měly někam profesně posouvat, učit se určité dovednosti. A vlastně zjistit sám na sobě věci, které by měl na sobě zlepšit*“. „*Supervize,*

lehce nadneseně bych řekla, pomůže vyčistit duši“.

„Na počátku celého supervizního procesu by měl být zájem pracovníků o dobrou praxi ve své profesi a alespoň elementární naděje, že věci mohou být lepší. Bez této podmínky nemůže supervizor se svými supervizanty začít pracovat.“ (Havrdová, Hajný, 2008, s. 40.)

8.1 ZÁVĚREČNÁ SHRNUÍ

1. Proč chceme supervizi?

Zavedení supervize, jako profesionální podpory pro zdravotníky, je třeba realizovat cíleně. V současné chvíli převažují potřeby zaměstnanců i vedení na snížení pracovní nespokojenosti. Jak vyplývá z výzkumu, supervizi by bylo možné využít zejména pro její podpůrnou funkci při potřebě ventilovat pocity nepohody, 83% dotázaných by uvítala možnost ventilovat tyto pocity s nezávislým odborníkem, funkci vzdělávací, při které je možnost probrat rozdělení kompetencí na pracovišti, které by uvítalo 74% dotazovaných.

Potřeby týmu k vyjasnění a zlepšení vztahů, 57% respondentů chce více poznat názory svých kolegů. Pro vedení by mohla práce pod supervizí být vizitkou, že svým zaměstnancům umožňuje profesionální podporu...*“ráda bych se tím chlubila, že sestry mohou dostávat takovou podporu“.*

Důraz je kladen také na dobrovolnost: *„Supervize mě posune dál, a když tam nebudu chtít, tak tam nepůjdu“.* *„Supervizi považují za přínosnou, ale potřebovali bysme ty lidi trošičku otevřít“* jak uvádějí participantky, mnohé sestry neumí a nechtějí vyjadřovat své emoce, hlavně ty negativní

2. Na co se má supervize zaměřit?

Na prevenci syndromu vyhoření u pracovníků, 84% respondentů přiznává, že v nich pacienti vyvolávají silné pocity a 56% si je odnáší domů. Možnost zventilovat je v práci není nedostatečná. Důležitá je podpora týmové i mezitýmové spolupráce, 47% dotázaných uvedlo neshody s lékaři, 57% respondentů by rádo poznalo názory svých kolegů, ale také na vzdělávání a rozvoj pracovníků umožňující hlubší vhled do jejich motivace. 74% respondentů uvedlo, že by jim prospěla možnost probrat rozdělení odpovědnosti a kompetencí. Z výzkumu vyplývá, že nejvíce faktorů negativně působících

na pracovní spokojenost se vyskytuje na operačních odděleních a odděleních intenzivní péče. Supervizní zaměření lze aktuálně měnit dle potřeb pracovníků, jednotlivých odborností i organizace. Jak uvedla jedna z participantek, „*Supervize sestřám ukáže pohled z jiné strany, vidí už jen to jedno, nejsou schopné vidět to odjinud.*“

3. Jaký model SPV nám bude vyhovovat?

Velká skupina respondentů v dotazníkovém šetření projevila zájem poznat názory svých kolegů, takový požadavek by mohla splňovat plánovaná supervize skupinová. Individuální supervize by mohla více vyhovovat v případě potřeby řešit palčivý problém ad hoc.

4. Kdo bude supervizi, resp. intervizi poskytovat?

V možnostech organizace je využít interní pracovníky. Jejich kapacita je však omezená a ne vždy jsou dostačující možnosti, které může intervizor nabídnout. Využití služeb externího supervizora je možné, naráží však na finanční limity.

5. Jaký styl bude vyhovovat naší organizaci?

Výzkum naznačuje, že v naší organizaci bude nejvíce vyhovovat styl podpůrný, pro zpracování emocí a zlepšení vztahů.

6. Kdy zařadíme supervizi do naší práce?

Čas, kdy zařadíme supervizi do naší práce je předmětem vždy konkrétního kontraktu. Musí se zohlednit možnosti supervizantů, supervizora, ale i organizační situace. Důležité je, aby byla pravidelná a stala se běžnou součástí duševní hygieny zdravotníků.

9 ZÁVĚR

Svou prací jsem chtěla ověřit tvrzení, jak supervize, s možnostmi které nabízí, mohla být vhodnou formou profesionální podpory pro zdravotní sestry v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem.

V úvodní části popisují profesi zdravotní sestry a aspekty této profese, které mají negativní vliv na pracovní spokojenost, dále pak teoretická východiska supervize a možnosti, které nabízí.

Výzkumná studie, jejímž cílem bylo zjistit, zda se v Masarykově nemocnici vyskytují podmínky podporující zavádění supervize v organizaci, zda zde funguje zpětná vazba, nakolik mohou pracovníci svými náměty ovlivnit chod pracoviště, zda se chyby berou jako příležitost ke změně, zda organizace podporuje vzájemné učení, rozvoj a snahy svých pracovníků, probíhala v několika na sebe navazujících krocích. Nejprve byl vytvořen dotazník, a to tak, aby byly zodpovězeny pracovní hypotézy, které usnadnily zodpovězení dvou hlavních výzkumných otázek.

Dotazníkovým šetřením byl potvrzen výskyt následujících podmínek pro zavádění supervize:

- zaměstnanci se domnívají, že mají možnost svými nápady ovlivnit chod oddělení
- od vedení pocíťují podporu
- vnímají ocenění své práce a svých snah od vedoucích pracovníků.

Většina dotázaných uvedla, že by uvítala možnost probrat pocity nepohody s nezávislým odborníkem, kterému by důvěřovali.

Dotazníkové šetření mělo také ověřit, nakolik jsou v organizaci přítomny faktory snižující pracovní spokojenost řešitelné supervizí, jako jsou neshody v týmu, neshody s lékaři, nedostatečná komunikace, nejasné kompetence a postavení v týmu, nemožnost ventilovat negativní pocity, které se při náročné práci zdravotníka vyskytují. Konečně mělo ověřit, zda se v Masarykově nemocnici vyskytují faktory snižující pracovní spokojenost řešitelné supervizí a zda jsou zde přítomny podmínky potřebné pro zavádění supervize.

Dotazník zodpovědělo anonymně 34% z celkového počtu 452 zdravotních sester ze zkoumaných oddělení. Věkové rozdělení zahrnuje přibližně rovnoměrně všechny věkové kategorie. Výzkum potvrdil přítomnost faktorů snižujících pracovní spokojenost sester, která je různými kategoriemi sester vnímána odlišně.

Jako nejméně spokojené vycházejí sestry služebně nejmladší, sestry pracující na

intenzivních a operačních oborech a rovněž sestry s praxí 5-10 let. V celkovém hodnocení většina z dotazovaných považuje komunikaci a vztahy na odděleních za přijatelné, domnívá se, že zná dostatečně své kompetence a může je se svým vedoucím diskutovat. Zároveň většina dotázaných připouští, že by jim prospěla možnost probrat odpovědnosti a rozdělení práce. Téměř všichni dotazovaní uvedli, že pacienti v nich vzbuzují silné emoce, a přesto, že se většina má s kým v práci o tyto emoce podělit, často si je odnáší domů.

S výsledky bylo seznámeno vedení nemocnice. Bylo ukázáno, jaké aspekty podpory sester jsou řešitelné supervizí a jaké další formy podpory sestru dostávají. V rozhovorech byly identifikovány konkrétní možnosti a postupy, jak zavádět supervizi do nemocnice. Jsou to zejména tyto:

- Zavádět supervizi na ta pracoviště, které projeví zájem.
- Společně s personálním oddělením zmapovat možnosti zavést supervizi do kariérního řádu pro vedoucí sestry
- S hlavní sestrou jako se zadavatelkou supervize připravit návrh kontraktu na supervizi, který zaměří zejména na potřeby organizace, očekávání od vedení supervize a kritéria úspěšnosti.
- Ukotvit supervizi v interních předpisech jako jednu z cest k dosahování co nejvyšší míry kvality práce s klienty.
- V základních dokumentech organizace prezentovaných tištěnou nebo elektronickou formou deklarovat, že organizace pracuje pod supervizí.

Uvedené návrhy budou dále rozpracovány a realizovány, s využitím výsledků této diplomové práce.

10 SEZNAM LITERATURY

1. Bártlová, S., Sadílek, P., Tóthová, V.: *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: NCO NZO 2008.
2. Bártlová, S.: *Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice*, Zdravotnictví v České republice, 3, 2006, 126-128
3. Bártlová, S.: *Sociologické aspekty vzdělávání sester*, Sestra, 4, 11, 16-17
4. Bártlová, S.: *Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice*. Sestra, 3, 2007, 14-18.
5. Bartošíková, I., *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO 2006..
6. Benda, J.: *Jak se máte sestřičky?*. Dotazníkové šetření MNUL, 2007, Ústí nad Labem
7. Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. . *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ 1999.
8. Disman, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum 1994.
9. Dynáková, Š., Kožnar, J., Hermanová, M.: *Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků*, Psychoterapie, 4 ročník, 2010, číslo 3-4
10. Etický kodex (2000) online: <http://www.cma.cz/docs/tiskoviny/eticky>: [cit. 2010-11-10]
11. FN Plzeň [online]. *Koncepce ošetřovatelské péče*. [cit. 2010-10-25]:: http://www.fnplzen.cz/menu_5.asp
12. Hájek, K., *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2006.
13. Hartl, P.; Hartlová, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál 2000.
14. Havrdová, Z.: *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium 1999.
15. Havrdová, Z., Kalina, K.: *Supervize* In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti-meziborový přístup*. Praha: Rada Evropy a Úřad vlády ČR 2003
16. Havrdová, Z., Hajný, M. et al.: *Praktická supervize*. Praha: Galén 2008.
17. Haškovcová, H.: *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. České ošetřovatelství 5. Brno: NCO NZO 2000.
18. Hawkins, P., Shohet, R.: *Supervize pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004.
19. Hendl, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál 2005.
20. Horská, B.: *Supervize jako nástroj růstu pracovníků v pomáhajících profesích*. Diplomová práce. Brno: Masarykova universita, katedra sociální pedagogiky, 2010, 180s. Vedoucí práce PhDr. Denisa Denglerová, Ph.D.

21. Ivanová, K.: *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno:NCO NZO 2006.
22. Jičínská, K.: *Supervize jako podpora duševního zdraví sestry*, příspěvek na 2. konferenci „Škola zdraví“2006.
23. Jičínská, K.: *Osobnostní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry*, *Sestra*, 2, 15 – 16., 2008
24. Jeklová, M., Reimayerová,E.: *Interní supervize*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí v roce 2007.
25. Kebza, V., Šolcová, I.: *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav jako 2., rozšířené a doplněné vydání 2003.
26. Kopřiva, K.: *Lidský vztah jako součást profese*. Praha:Hestia 1995.
27. Komerská, N.: *Supervize jako pomoc pro ošetřující personál*, Sborník přednášek. Praha: Naděje o.s. 2009.
28. Krahulová, K.: *Stres a syndrom vyhoření v pomáhajících profesích*, odborný časopis *Sociální služby*, ročník:XII, říjen 2010
29. Krušinská, K.: *Celoživotní vzdělávání pracovníků ve státní správě České republiky se zaměřením na supervizi*. Bakalářská práce. Praha:Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 2008, 95s. Vedoucí bakalářské práce Ph.Dr.Daniela Vodáčková
30. Křivohlavý, J.: *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada 1998.
31. Křivohlavý, J. Pečenková, J.: *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada 2004.
32. Libra, J.: *Zavádějící seminář supervize – podkladové materiály*, Rajhrad 2006. dostupné na <http://dchbrno.caritas.cz/teddy/files/seminar-supervize-podklady.pdf> [cit.2011-01 20]
33. Marková, M.: *Sestra v paliativní péči*, Praha: Grada 2010.
34. Matoušek, O., a kol., *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál 2003.
35. Matoušek, O.: *Slovník sociální práce*. Praha: Portál 2003.
36. Mikuláščík, M.: *Manažerská psychologie*. Praha: Grada 2007.
37. Musil, L.: *Dilemata sociální práce s klienty v organizacích „ráda bych Vám pomohla, ale“*. Brno: Marek Zeman 2004.
38. MZ/ Internetové stránky ministerstva zdravotnictví České republiky, <http://www.mzcr.cz> [cit.2010 -02-10]
39. Nakonečný, M.: *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada 2005.

40. NCONZO /Internetové stránky Národního centra ošetrovatelského nelékařských oborů [cit.10.2.2010] www.nconzo.cz/web/vzdelavani/23
41. Pečenková, J., Strnad, L., Milka, D.: *Sociální opora sester*. Ošetrovatelství 2002, 4, 29-34.
42. Pelech, L., Bednářová, Z.: *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork*. Brno: Doplněk 2003.
43. Power, S. *Nursing Supervision for clinical practice*. Londýn: SAGE 1999.
44. Procházková, J.: *Systém supervize v oblasti krizové pomoci a služeb*. In: Vodáčková Daniela, a kol.: *Krizová intervence*. Praha: Portál 2002.
45. Řeháková, J. *Role supervize v podpoře staničních sester*. Diplomová práce. Praha: Karlova univerzita, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize, 2005. Vedoucí práce PhDr. Zuzana Havrdová
46. Rybářová, D., Madarasová-Gecková, A., Rybářová, L.: *Syndróm vyhořenia u sestier*. Ošetrovatelství. 2002, Teorie a praxe moderního ošetrovatelství, sv.4, č.3-4, s.84-86.
47. Staňková, M.: *Teorie ošetrování nemocných*. Praha: Avicenum 1978.
48. Staňková, M.: *Sestra – reprezentantka profese*. Brno: IDV ZP 2002.
49. Strauss, A., Corbinová, C.: *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy techniky metody zakotvené teorie*, Boskovice: nakladatelství Albert 1999.
50. Středisko empirických výzkumů- Stem/Mark [online]. České noviny. [cit. 2010-10-18]. http://www.ceskenoviny.cz/domov/index_view.php?id=293996
51. Tošner, J., Tošnerová, T.: *Burno-out syndrom*. Praha: Hestia 2000.
52. Tureckiová, M.: *Modelování HR rolí a kompetencí I* In: HR forum. 2003, roč. 4, č. 4, s. 30-31. ISSN 1212-690X.
53. Úlehla, I.: *Umění pomáhat*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství 1999.
54. Vaculíková, B.: *Syndrom vyhoření u sester pacujících na ARO*. Diplomová práce. Praha. Karlova univerzita, Fakulta humanitních studií, Katedra supervize a řízení. 2005. Vedoucí diplomové práce PhDr. Zuzana Havrdová
55. Vymětal, Š.: *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada 2009.
56. Veltrubská, I.: *Supervize a co s ní...*, www.ivel.cz/texty [cit.20.11.1010]
57. Výroční zpráva Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem 2009, dostupné na <http://www.mnul.cz/cs/start.asp?queryAction=vyrocniizprava>

58. Výkladový sborník pro poskytovatele: *Příručka supervize*, 2008, www.mpsv.cz
[cit.8.12.2010]
59. Winkler, J., Petrusek, M.. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum 1997.
60. Zábojníková, Z.: *Syndrom vyhoření u zdravotních sester*. Bakalářská práce. Zlín. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií 2010. Vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Ing. Josef Konečný Csc.
61. Zachová, V., Škořochová, D. *Boj s profesionální deformací*. Dermatologia pre prax 1/2008,
62. Zákon č.96/2004 Sb. [online]. Věstník MZ. <http://www.mzcr.cz/vestnik>
63. Zich, F. : *Úvod do sociologického výzkumu*. VŠFS, Praha: Eupress 2004.

11 PŘÍLOHY

Příloha č.1: Formulář dotazníku

Příloha č. 3: Rozložení odpovědí v čase

Příloha č. 3: Souhrn dle vybraných kategorií

Příloha č. 4: Grafické znázornění celkových odpovědí

Příloha č. 5: Grafické znázornění odpovědí k jednotlivým doplňujícím kategoriím

Příloha č. 6: Souhrn odpovědí zaměstnanců

Příloha č. 7: Uspořádání tvrzení podle intenzity souhlasu