

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

ŘÍZENÍ A SUPERVIZE V SOCIÁLNÍCH A
ZDRAVOTNICKÝCH ORGANIZACÍCH

**PŘÍNOSY SUPERVIZE Z POHLEDU ZDRAVOTNÍCH
SESTER**

MUDr. PhDr. PETR PASTUCHA

Praha 2011

Vedoucí magisterské práce: PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Prohlašuji, že jsem tuto magisterskou práci zpracoval samostatně a uvedl veškeré literární i elektronické zdroje, které jsem při jejím koncipování využil. 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 Praze 30.11.2011

Petr Pastucha

Děkuji PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc. za vedení práce
a MUDr. Andrei Cinculové za podporu v jejím dokončení.

Abstrakt

Práce se věnuje problematice využití supervize ve zdravotnictví, možnostem jejího hodnocení, uvádí a diskutuje dostupné evaluační nástroje. Srovnává místo supervize v jiných oblastech péče a ve zdravotnictví, uvádí specifika povolání zdravotní sestry v domovech pro seniory. Zmiňuje kontext klinické supervize v zahraničí, zejména na příkladu Velké Británie.

Ve výzkumné části práce se autor zabývá zkoumáním přínosů supervize ve vztahu k délce praxe a k délce zkušenosti se supervizí v jednotlivých funkcích supervize (podpůrné, řídicí a vzdělávací) i souhrnně. Závislost těchto charakteristik ve vztahu k přínosům supervize jsme neprokázali. Při kvantitativní analýze dat byly přínosy supervize v jednotlivých funkcích vyvážené. Odlišné výsledky přinesla analýza volných výroků respondentek, v tomto případě výrazně promínovalo ocenění podpůrné funkce supervize. K hodnocení přínosů supervize autor použil dotazník adaptovaný z anglického originálu, diskutuje některé jeho psychometrické charakteristiky, možnost využití v běžné praxi. Srovnání vybraných 7 domovů pro seniory potvrdilo signifikantně významné rozdíly v kvalitě supervize, což otevírá prostor pro ověření dalších hypotéz.

Klíčová slova: domov pro seniory, efekt supervize, funkce supervize, přínosy supervize, supervize, zdravotní sestra.

Abstract

This thesis focuses on the issues related to supervision in medicine, possibilities for evaluation of the supervision and available evaluation instruments. The role of supervision in medicine and other care providing areas is discussed. Particular emphasis is on the occupational characteristics of medical nurses in retirement homes. This thesis also mentions context of clinical supervision abroad, especially in Great Britain.

In research part of the thesis author studies the benefits of supervision in relation to the length of employment and experiences with supervision in particular functions (supportive, managerial and educational). We have not proven direct relationship between these factors and benefits of supervision. Qualitative analysis of data showed balanced benefits of particular functions of supervision. But open statements of respondents showed different results, when nurses above all appreciated supportive function of supervision. Instrument used for this study was questionnaire adapted and translated from english questionnaire and some issues related to its psychometric qualities and its use in clinical practice are also discussed in this thesis. Comparison of respondents from seven different retirement homes showed significant differences in quality of supervision, which opens further research topics.

Key words: retirement home, effect of supervision, functions of supervision, benefits of supervision, supervision, nurse

ÚVOD	8
1. SUPERVIZE	10
1.1 Vymezení pojmu supervize	10
1.2 Supervize v České republice	11
1.2.1 Vývoj supervize v České republice	11
1.2.2 Vzdělávání v supervizi v České republice	12
1.2.3 Implementace supervize v České republice- současná praxe	14
1.3 Supervize ve zdravotnictví v zahraničí	16
1.4 Druhy supervize	18
1.5 Funkce supervize	20
1.6 Supervizní kontrakt.....	21
1.7 Supervizní vztah a vlastnosti dobrého supervizora	22
1.7 Vlastnosti špatného supervizora a nevýhody supervize	25
1.8 Úskalí skupinové supervize v týmu	26
2. PROFESÍ ZDRAVOTNÍ SESTRY.....	27
2.1 Specifika profese zdravotní sestry	27
2.2 Potřeby zdravotních sester a očekávání od supervize	27
2.3 Specifika zdravotní péče v domovech pro seniory	29
2.3.1 Domovy pro seniory	29
2.3.2 Specifika potřeb seniorů	30
3. MĚŘENÍ EFEKTIVITY SUPERVIZE.....	32
3.1 Význam měření efektivity supervize	32
3.2 Studie efektivity supervize u zdravotních sester	32
3.2.1 Přehled studií efektivity supervize u zdravotních sester	32
3.2.2 Výsledky vybraných kvantitativních studií efektivity supervize u zdravotních sester	34
3.2.3 Výsledky vybraných kvalitativních studií efektivity supervize u zdravotních sester	37
3.3 Jak dál v evaluaci supervize?.....	38
4. CÍL PRÁCE	40
5. VLASTNÍ VÝZKUM.....	41
5.1 Organizace výzkumu	41
5.2 Hypotézy	41
5.3 Dotazník.....	42

5.4 Statistické metody	42
5.5 Charakteristiky jednotlivých domovů pro seniory	43
5.5.1 Domov pro seniory č. 1	43
5.5.2 Domov pro seniory č. 2	44
5.5.3 Domov pro seniory č. 3	44
5.5.4 Domov pro seniory č. 4	44
5.5.5 Domov pro seniory č. 5	44
5.5.6 Domov pro seniory č. 6	45
5.5.7 Domov pro seniory č. 7	45
5.5.8 Domov pro seniory č. 8	45
5.5.9 Domov pro seniory č. 9	45
6. VÝSLEDKY	47
6.1 Popisná statistika celého souboru	47
6.2 Korelace přínosů supervize v závislosti na délce praxe	48
6.3 Korelace přínosů supervize v závislosti na délce zkušenosti se supervizí	54
6.4 Korelace přínosů supervize v závislosti na věku	59
6.5 Vzájemné zastoupení jednotlivých funkcí supervize	60
6.6 Vzájemné srovnání přínosů supervize mezi jednotlivými domovy pro seniory	61
6.7 Vlastnosti dobrého supervizora	69
6.8 Přínosy supervize	70
6.9 Nevýhody supervize	72
6.10 Reliabilita zvoleného dotazníku	74
7. DISKUSE	77
7.1 Výsledky výzkumu a jejich interpretace	77
7.2 Limity studie	80
7.3 Praktické využití	80
8. ZÁVĚR	82
9. LITERATURA	83
PŘÍLOHY	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.

Úvod

Supervize v podmínkách zdravotnictví České republiky zatím nepatří k běžným formám vzdělávání, podpory a péče o pracovníky. Jistou výjimkou je poměrně úzká oblast psychoterapie, kde je jedním z požadavků pro absolvování funkční specializace absolvování vlastní supervize v objemu nejméně 100 hodin. Díky vzdělávání v psychoterapii jsem se takto i já dostal ke zkušenosti se supervizí. S více než deseti lety vlastní praxe ve zdravotnictví vnímám potřebnost supervize mnohem širěji, nežli je její současné využívání- pouze v oblasti psychoterapie a poté na několika ojedinělých pracovištích. Supervize v psychoterapii je natolik specifická, že není aplikovatelná na celou širší zdravotnických oborů a proto se jí nyní blíže věnovat nebudu.

Profese psychiatra mi v posledních letech umožnila navázat spolupráci s organizacemi v oblasti sociální péče (hospic, charita, diakonie ČCE, domovy pro seniory aj.). I to u mne přispělo k přemýšlení, proč je supervize v sociální oblasti běžná, zatímco ve zdravotnictví nikoli. Následně jsem se začal zajímat o možnosti vzdělávání v supervizi a o zkušenosti se supervizí ve zdravotnictví u nás i v zahraničí.

Paralelně s touto motivací jsem si kladl otázky, které s problematikou zavádění supervize do zdravotnictví souvisejí. Jsou to otázky týkající se zejména efektivity supervize: V čem je supervize prospěšná? Jak se to projevuje? Jaké máme hodnotící nástroje? Jaké funkce supervize pracovníci ve zdravotnictví preferují nebo jsou nejvíce prospěšné? Hledání odpovědí na tyto otázky v odborné literatuře však nebylo úspěšné tak, jak jsem očekával. Proto bych se těmto tématům rád věnoval v této práci a její výstupy by měly přispět alespoň v malé míře k vyjasnění těchto otázek.

V teoretické části práce se budu věnovat základním charakteristikám supervize a specifikům práce ve zdravotnictví. Aby nebylo téma supervize ve zdravotnictví pojato příliš široce, zaměřím se na aspekty výkonu povolání u zdravotních sester a posléze ještě specifičtěji na oblast zdravotní péče v domovech pro seniory (vzhledem k výzkumné části práce). Budu prezentovat zkušenosti s klinickou supervizí v zahraničí a shrnu výsledky studií, které se efektivitou supervize zabývají.

Záměrem praktické části práce je ověřit možnost využití pro tento účel vytvořeného dotazníku pro evaluaci supervize jak a to jak celkově, tak se zaměřením na tři základní funkce supervize- vzdělávací, podpůrnou a řídicí. Dotazník bude ověřen na souboru zdravotních sester pracujících v domovech pro seniory. Budu zkoumat, souvisí-li hodnocení supervize s některými faktory, jako je například délka praxe, zkušenost se supervizí či věk respondentek. Zvolený design výzkumu by měl umožnit srovnat kvalitu supervize ve vybraných domovech pro seniory a ověřit, je-li v tomto kontextu zvolený dotazník vhodným nástrojem hodnocení.

Pokud by se použitý dotazník ukázal jako vhodný nástroj hodnocení přínosů supervize, bylo by jej možno použít za tímto účelem i v budoucnu.

Vedlejším cílem této diplomové práce je získání informací o pohledu supervidovaných na charakteristiky supervizora, přínosy a nevýhody supervize.

1. Supervize

1.1 Vymezení pojmu supervize

Kořeny slova supervize pocházejí z latiny (super znamená „nad“, „výše“, „vision“ lze přeložit jako „pohled“, „vidina“).

Původní vymezení anglického pojmu supervize (2 pol. 19. století) vycházelo spíše z oblasti administrativy a podnikání. V sociální oblasti lze metody práce blízké se charakteristikám supervize vystopovat v rozhovorech pastora Samuela Barnetta se studenty v 70. a 80. tých letech 19. století či v podpoře dobrovolníků Charity Organization Society v Bostonu koncem 19. století (Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 18-19). Vlastní pojem supervize tehdy ještě používán nebyl.

Počátkem 20. století byla supervize zejména metodou podpory a vzdělávání pracovníků v rámci vedení zkušenějším (nadrženým) pracovníkem organizace.

První zmínky o supervizi ve zdravotnictví lze vysledovat v praxi porodních asistentek ve Velké Británii na počátku minulého století (Curtis, 1992, str. 96). Šlo především o supervizi vzdělávací a administrativní – kontrolní.

Díky vlivu psychoanalýzy se od 30.let minulého století supervize začíná postupně více orientovat na klienta, začíná se prosazovat skupinová forma supervize. Moderní přístup k supervizi integruje a vychází z celé řady teoretických koncepcí- kromě psychoanalýzy je to například teorie komunikace, systemická a systémová teorie, teorie učení, teorie organizace a práce se skupinou, gestalt teorie. Významným prvkem v supervizi jsou prvky humanistického přístupu- víra v přirozený pozitivní potenciál člověka k rozvoji spolu s charakteristikami supervizora jako jsou otevřenost, autenticita, vřelost, empatie (Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 29).

Supervizi jako proces s funkcí administrativní, výukovou a podpůrnou charakterizoval jako jeden z prvních Alfred Kadushin (1976), tehdy v pojetí supervize, která se vztahovala k sociální práci: „Supervisor sociální práce je administrativní představitel týmu, který je oprávněn řídit, koordinovat, zlepšovat a hodnotit výkon supervidovaných pracovníků, kteří jsou za danou práci odpovědní. K uskutečňování této úlohy využívá supervizor administrativní, vzdělávací a

podpůrnou funkci supervize v interakci se supervidovaným v atmosféře vzájemně pozitivního vztahu. Úlohou supervizora je zajistit klientům dané služby nejlepší možnou péčí a to jak kvalitativně, tak kvantitativně, v souladu se zásadami a pravidly dané organizace.“ (Alfred Kadushin, 1976, str. 21). Samotné vymezení pojmu nám při znalosti historie a regionálních odlišností v přístupu k supervizi napoví o době vzniku definice i profesním působení autora (70. léta 20. století, sociální práce v USA). Jak z této definice vyplývá, jde o pojetí tzv. interní formy supervize s přetrvávajícím důrazem zejména na administrativní a vzdělávací aspekty supervize.

Hess (1980, str. 25) definuje supervizi jako „čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem“. Z takovéto definice při znalosti kulturního pozadí autora (USA) je zřejmé, že definuje supervizi s důrazem na aspekty psychologické a podporu supervidovaného.

Stejně tak Antonín Šimek v pojetí supervize vycházející z psychoterapie zřazňuje podporu a vztahové podmínky supervize (Šimek, 2000, str. 2): „Jde o formu učení v bezpečném, laskavém a tvořivém prostředí, kde je v popředí spíše facilitační než kontrolní funkce. Jde tedy o poskytování podpory, objasňování a případně katarze. Nejde pouze o podávání informací, nabízení rad či dávání příkazů nebo zákazů.“

Jak lze vidět na samotném vymezení pojmu supervize, je nutné je vztahovat k patřičnému kontextu geografickému, profesnímu i historickému. V této práci se zaměříme zejména na supervizi ve zdravotnictví, pro kterou se rovněž v zahraniční literatuře používá pojem klinická supervize.

1.2 Supervize v České republice

1.2.1 Vývoj supervize v České republice

První zkušenosti se supervizi v České republice se vztahují ke vzdělávání psychoanalytiků v 50. letech 20. století za společenských podmínek nevstřícných jak vůči psychoanalýze, tak vůči supervizi.

V roce 1967 vzniká vzdělávací program v psychoterapii SUR, kde supervizi provádějí vedoucí komunit. I v dalších výcvikových komunitách

supervidují spolu s vedoucími komunit i původní zakladatelé SURu Jaroslav Skála, Eduard Urban a Jaromír Rubeš. V roce 1981 začal první tříletý výcvik ve vedení bálintovských skupin, až do konce 80. tých let pak byly Bálintovské skupiny nosným supervizním proudem v ČR. Okruh účastníků se postupně rozšiřoval od psychiatrů a psychologů směrem k dalším pracovníkům z oblastí sociální, pedagogické i jiné. Na konci 80. let se stává v některých psychoterapeutických komunitách supervize součástí psychoterapeutického výcviku. 90. léta umožňují jak získávání zkušeností v zahraničí (např. Psychoterapeutické týdny v německém Lindau), tak i návštěvy a předávání zkušeností zahraničních supervizorů (Marie Rhode z Mnichova). Významným předělem na české supervizní scéně byl první 4 letý (1997- 2000) výcvik v integrativní supervizi pod vedením Julie Hewson z Velké Británie. Někteří z absolventů tohoto výcviku získali i oprávnění vzdělávat další supervizory („teaching supervisors“) a pokračovali ve vzdělávání supervizorů v rámci Českého institutu pro supervizi (založen v lednu 2002, v r. 2003 akreditován Evropskou asociací pro supervizi) (Šimek, 2002).

Od r. 1997 zařazuje Česká psychoterapeutická společnost požadavek na absolvování supervize vlastní práce jako jednu z podmínek pro získání funkční specializace v psychoterapii.

Paralelně s etablováním supervize do oblasti psychoterapie se supervize zavádí do ostatních pomáhajících profesí- sociální práce, manželského poradenství, dobrovolnických programů, církevních organizací, školství. V roce 2001 vzniká na půdě Univerzity Karlovy Katedra řízení a supervize nabízející studijní program supervize jako tříleté (později dvouleté) magisterské studium. Souběžně s tímto vzděláváním existuje na stejné katedře vzdělávání v supervizi ve formě celoživotního vzdělávání.

1.2.2 Vzdělávání v supervizi v České republice

Komplexní vzdělávání v supervizi nabízejí v současnosti 3 subjekty, které se liší požadavky na uchazeče, rozsahem a průběhem vzdělávání i zacílením na oblast poskytování supervize.

Český institut pro supervizi (www.supervize.eu) nabízí 3 letý výcvikový program o objemu přibližně 500 hodin s těmito požadavky na uchazeče:

- magisterské vysokoškolské vzdělání humanitního směru nebo medicína
- 13 let praxe v oblasti pomáhajících profesí
- ukončený akreditovaný výcvik v psychoterapii- min. 500 hodin
- 120 hodin supervize vlastní práce
- zkušenost s vedením uceleného vzdělávacího programu v oblasti pomáhajících profesí- minimálně 200 hodin nebo zkušenost s vedením pracoviště, týmu- minimálně 3 roky

Požadavky pro přijetí ke studiu supervize na Katedře řízení a supervize Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy (<http://fhs.cuni.cz>) obsahují tyto podmínky:

- praxe v sociálních či zdravotnických organizacích v minimálním rozsahu pěti let
- zkušenost s vlastní supervizí v rozsahu minimálně 60 hodin
- kurzy dalšího vzdělávání reflektující práci se sebou, klienty a se skupinou minimálně 150 hodin, zkušenost se vzděláváním dospělých, absolvent nebo účastník dlouhodobého sebezkušenostního výcviku

Katedra řízení a supervize nabízí stejný typ vzdělání za stejných vstupních podmínek v rámci kurzu celoživotního vzdělávání. V tomto případě je objem výuky redukován o některé předměty a délka trvání je 3 roky.

Třetí možnost dlouhodobého komplexního vzdělávání v supervizi nabízí občanské sdružení Remedium, založené v roce 1991 (www.remedium.cz). Podmínkou pro přijetí do kurzu o objemu 270 hodin je:

- minimální věk 30 let při nejméně 5 leté praxi v pomáhajících profesích
- absolvování úvodního kurzu (24 hodin)
- VŠ humanitního zaměření
- minimálně 45 hodin absolvované supervize
- 225 hodin vzdělávání v kurzech, výcvicích, aktivitách z oblasti práce s jednotlivcem, skupinou, sebezkušeností apod.

Požadavky na uchazeče o vzdělání v supervizi jsou vzhledem k poměrně vysokým (avšak pochopitelným a oprávněným) nárokům takové, že všechny 3 vzdělávací programy se potýkají s relativně nízkým počtem vhodných uchazečů.

To, že supervize v podmínkách českého zdravotnictví zatím není dostatečně etablována zároveň nevytváří poptávku po supervizorech. Velká část pracovníků ve zdravotnictví vůbec neví, co to supervize je (viz. např. Řeháková, 2005, str. 48).

1.2.3 Implementace supervize v České republice- současná praxe

V oblasti sociální práce se požadavek supervize objevuje spolu s uveřejněním Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe v r. 2002 (MPSV, 2002). Zavedení supervize do sociálních služeb se dotýká kritérium Standardů kvality 10e): Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, vykonávající přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka (Standardy kvality sociálních služeb, 2009). Standardy kvality jsou Přílohou č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb s platností od 1.1.2007. Tato vyhláška je prováděcím předpisem k Zákonu o sociálních službách 108/2006 Sb. (dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>). V § 99 Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. je uvedeno: Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb.

Z uvedeného vyplývá, že přímo v Zákoně o sociálních službách ani v příloze vyhlášky jako prováděcího předpisu pojem „supervize“ uveden není. Supervize jako forma poskytnutí podpory (nezávislého odborníka) je však podrobně specifikována a popsána ve výše zmíněném dokumentu MPSV Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: „Pro pracovníky, kteří se věnují přímé práci s uživateli, zajišťuje zařízení podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.... Tu by měl zajišťovat na struktuře organizace nezávislý odborník.....Tato forma podpory se odborně nazývá supervize. Supervize znamená ve všech pomáhajících profesích zamýšlení se nad profesionálním jednáním pracovníků, nad fungováním pracovních týmů nebo celého zařízení. Supervize může probíhat individuálně, v týmu nebo ve skupině.

Supervizní proces má zpravidla tři různé úlohy. Jsou to:

- podpora pracovníků zaměřená na vyrovnávání se s emočně náročnými situacemi, které jsou součástí jejich práce

- vzdělávací úloha – vytváření příležitostí, aby pracovníci mohli rozvíjet své profesionální dovednosti, získávat nové znalosti a utvářet své postoje k uživatelům.
- kontrola spočívající ve formování postojů v souladu s etickými požadavky profese a vedení pracovníků k souladu se standardy dobré praxe a s cíli zařízení.

...Supervize se liší od pouhého odborného vedení, které dává pokyny. V supervizním procesu by mělo jít vždy o objevování různých aspektů konkrétní situace, o rozbor konkrétních interakcí mezi pracovníkem a uživatelem. Supervize v tomto smyslu je u nás relativně novou metodou rozvoje pracovníků.“ (Zavádění standardů sociálních služeb do praxe, 2002, str. 81, dostupné z <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>>).

Organizace působící v pomáhajících profesích registrované MPSV jsou povinny zajistit naplňování Standardů kvality v sociálních službách a tedy i případnou supervizi pro své zaměstnance v přímé péči.

Praktická supervize v sociální oblasti bývá součástí pregraduální výuky například na vyšších odborných školách a při příchodu do praxe jsou tak pracovníci zvyklí supervizi využívat.

Na rozdíl od podpory supervize Ministerstvem práce a sociálních věcí vyjádřené na oficiálních webových stránkách ministerstva, nic podobného na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví nenajdeme. Jedinou výjimkou je specifikum supervize v psychoterapii, kde absolvování supervize je podmínkou pro získání funkční specializace v psychoterapii. Situace v našem zdravotnictví ve vztahu k supervizi připomíná bludný kruh- obvykle chybí podpora supervize ze strany zaměstnavatele (zavedení supervize z pohledu zaměstnavatele znamená investici), chybí podpora supervize v systému vzdělávání zdravotnických pracovníků ze strany ministerstva zdravotnictví a zároveň trvá nedostatečné povědomí o supervizi ze strany zdravotnických pracovníků i nedostatek kvalifikovaných supervizorů. To vše udržuje situaci, kdy supervize je využívána zcela minimálně. Tato situace kontrastuje s využíváním supervize v oblasti sociální práce či blíže ke zdravotnictví v manželském poradenství a psychoterapii. Podmínky pro kvalifikaci supervizora v oblasti sociální práce však nejsou vymezeny a mnohdy tak supervidují supervizoři, kteří se na supervizi sami „cítí“ dostatečně zkušeně a nemají žádné specifické vzdělání v supervizi.

O prvních zkušenostech se supervizí ve školství píše V. Masáková (in Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 177- 182), oblasti ergoterapie se věnuje J. Jelínková a H. Hlochová (in Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 183- 189).

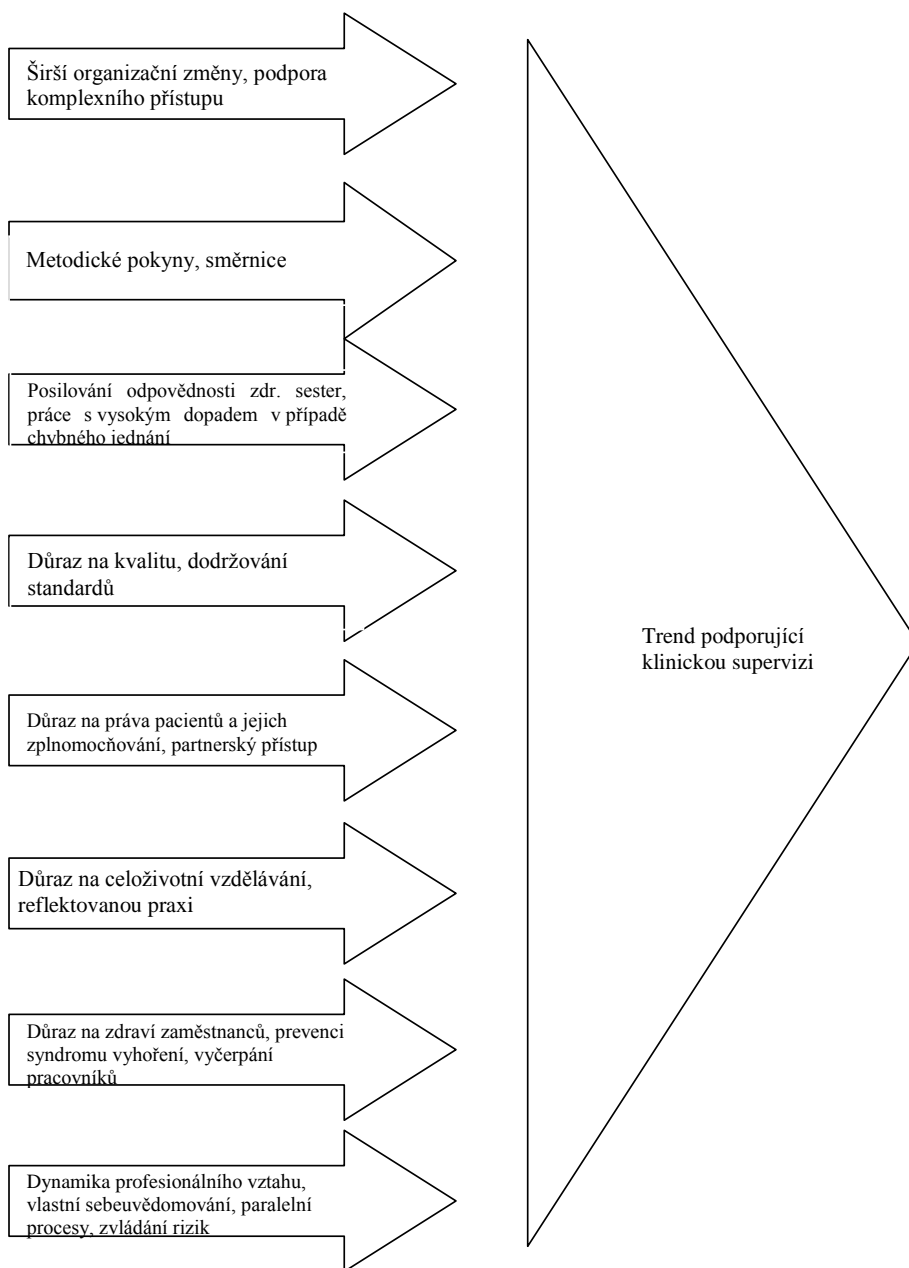
1.3 Supervize ve zdravotnictví v zahraničí

Jako příklad postojů k supervizi ve zdravotnictví si uvedeme příklad Velké Británie. První oficiální doporučení implementovat a rozvíjet supervizi ve zdravotnictví je obsaženo v doporučeních ministerstva zdravotnictví „Vize do budoucnosti“ z roku 1993 (Bond, Holland, 2010, str. 41). Ve stejném roce byl definován pojem klinické supervize managementem Národní zdravotní služby jako „formální proces profesní podpory a výuky, jež umožňuje rozvíjet u jednotlivých pracovníků znalosti a kompetence, nést odpovědnost za jejich práci a zlepšit bezpečí klienta a bezpečnost péče“ (NMC, 2011).

Ve stanovisku Rady pro ošetrovatelskou a porodnickou péči z roku 2008 (NMC, 2011) je obsaženo doporučení dostupnosti supervize po celou profesní kariéru. Supervize je důležitou součástí klinického vedení v zájmu udržování a zlepšování standardů péče.

V současné době se v kontextu západoevropského zdravotnictví (Česká republika je v tomto negativní výjimkou) odehrávají systémové změny podporující zavádění supervize do zdravotnictví. Jako příklad těchto změn uvádím diagram č. 1 převzatý a upravený od britských autorů (Bond, Holland, 2010, str. 38):

Diagram č. 1: Kontext podpory zavádění supervize:



1.4 Druhy supervize

Z. Havrdová (in Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 47) uvádí následující rozdělení faktorů a druhů supervize:

Tab. č. 1: Faktory a druhy supervize:

FAKTORY A DRUHY SUPERVIZE	
KDO supervizi provádí – faktor autority	externí, interní
S KÝM je supervize prováděna – faktory role, kompetencí a vztahů	individuální, skupinová, týmová
O ČEM supervize je – faktor zaměření	případová, poradenská, programová
JAK je supervize prováděna – faktor přístupu	administrativní, výuková, podpůrná
KDY je supervize prováděna – faktor časový	pravidelná, příležitostná, krizová

V případě interní supervize vykonává supervizi pracovník organizace. Interní supervize má výhodu dobré znalosti prostředí organizace, nevýhodou může být menší pocit bezpečí pro supervidované. V případě interní formy supervize bývá významněji zastoupena vzdělávací a řídicí funkce supervize. U externí formy supervize supervizor není přímým pracovníkem organizace. Jeho výhodou je větší nadhled, nezávislost a potenciál nových pohledů na supervizní téma.

Individuální supervize je založena na dyadickém uspořádání. Má výhodu většího časového prostoru pro supervidovaného, výhodu bližšího supervizního vztahu s možností supervize jdoucí více „do hloubky“. Nevýhodami individuální supervize bývá větší finanční nákladnost, menší dynamika a chybějící spektrum reakcí ostatních včetně vyjádření podpory či vlastních příkladů.

Skupinová supervize je supervize více než dvou členů pracovního týmu, obvykle je tvořena maximálně patnácti supervidovanými. Supervize je zaměřena na práci jednotlivce, nikoli primárně na týmovou spolupráci. Hlavními výhodami jsou menší ekonomická nákladnost, podpora vyjadřovaná členy skupiny, zpětná vazba a reflexe nejen od supervizora, ale i od ostatních, posílení pocitu sounáležitosti s týmem. Výhodou může být pomoc skupiny vůči supervizorovi v ověření správnosti jeho emočních a intuitivních reakcí, nabídka větší škály životních zkušeností, možnost využití více supervizních technik (Hawkins, Shohet, 2004, str. 131). Nevýhodami skupinové supervize může být méně času na jednotlivce a dynamika skupiny, která může být rozkladná a může vytěšňovat problémy klientů (Hawkins, Shohet, 2004, str. 134). Dalšími nevýhodami může být menší pocit bezpečí pro některé supervidované, pasivní členové se mohou „schovat“ za aktivitu aktivních. Může docházet k odvedení tématu od případu, týmové vztahy se mohou promítat do procesu supervize, supervizor se může nechat chytit do koalice například s vedoucím organizace (Hajný, 2004).

„Supervize týmu“ se zaměřuje na vztahy a uspořádání rolí na pracovišti, kompetence jednotlivých pracovníků, charakter řízení, mechanismy rozhodování, týmovou práci a spolupráci (Havrdová, Hajný, 2008, str. 93). Od „supervize týmu“ je nutné odlišit „supervizi v týmu“. „Supervize v týmu“ se věnuje reflexi případové práce s klientem a není primárně zaměřena na vztahy v rámci týmu.

Rozlišení supervize z hlediska zaměření vyjadřuje typ supervize podle toho, o čem supervize je- například o případu, poradenství či rozvoji organizace.

Hledisko přístupu vyjadřuje převládající způsob práce v průběhu supervize. Administrativní supervize podporuje zejména dodržování stanovených pravidel a dobré profesionální praxe. V případě externí formy administrativní supervize mohou podněty ze supervize přispívat ke zlepšení řízení organizace ze strany managementu, externí supervizor však nedisponuje mocí k vynucení dobré praxe. Interní forma administrativní supervize vykonávaná nadřízeným pracovníka odpovídá označení manažerská supervize (Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 49). V rámci vzdělávací supervize přichází s objednávkou na zlepšení vlastních znalostí a dovedností supervizant. Hlavním cílem supervize je zlepšit odbornou kompetenci pracovníka při práci s klientem (Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 52). V podpůrné supervizi je dominantním obsahem supervize emoční

podpora supervizanta, dodání naděje a podpora smyslu vykonávané práce, posílení vnitřních zdrojů a ocenění kvalit pracovníka.

Z hlediska časové frekvence supervize mluvíme o supervizi pravidelné či příležitostné, případně krizové. Pravidelná supervize vychází zjm. z tradice supervize v sociální práci v USA a je preferovaným pojetím supervize i u nás. Supervize příležitostná či krizová se odvíjí z aktuálních, spíše mimořádných potřeb v reakci na nastalou situaci. Za optimální považujeme supervizi pravidelnou a to ve frekvenci, která se odvíjí od potřeb supervizantů či organizace (tyto potřeby však musí být mnohdy přizpůsobeny i okolnostem finančním, časovým a dalším). Obvyklá frekvence pravidelné supervize bývá v jedno až dvouměsíčních intervalech. (Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 57).

1.5 Funkce supervize

Brigid Proctor (1988, str. 24) vymezuje pro jakýkoli typ supervize tři základní cíle (funkce). Jsou to funkce formativní, normativní a restorativní.

Formativní (vzdělávací) funkce supervize zahrnuje zejména edukační aspekty přispívající k rozvoji znalostí a dovedností supervizantů. K tomu slouží zejména sdílení vědomostí a posilování profesního sebeuvědomění. Vzdelávací neboli formativní funkce podporuje rozvoj profesních kompetencí, přenos teoretických poznatků do praxe, nabízí informace, vzdělává. Výukové aspekty v supervizi mohou být podpořeny řadou intervencí- hodnocením prezentovaného případu, zaměřením se na přímé intervence supervidovaného, pojmenováním a zvědoměním dynamiky dění mezi supervidovaným a pacientem, nabídnutím supervidovanému jiné postupy práce než zvolil. Podpora znalostí a dovedností ve formě důrazu na edukaci v supervizi však nepřináší univerzální rady a řešení- je nutno brát v úvahu to, že aplikace postupů ze supervize naráží na individualitu klienta, který nemusí reagovat tak, jak předpokládáme. Klauber (in Power, 1999, str. 26) přirovnává edukační proces v supervizi k učení tomu, jak hrát karetní hru- jde o učení se dovedností nahlédnout do mysli třetího hráče (klienta), jež může udělat nepředvídatelný tah. Možná by zvědomění této skutečnosti na straně supervidovaných nevedlo k pocitům zklamání ze supervize na základě skutečnosti, že ne všechny podněty ze supervize jsou plně aplikovatelné v praxi (což se objevilo i ve výsledcích našeho výzkumu).

Normativní (řídící, administrativní, manažerská) funkce supervize se zaměřuje zejména na kvalitu poskytované péče- dodržování standardů péče, profesionálních norem, práv pacientů, etických pravidel. Tento aspekt supervize by měl pomoci lépe zvládat podobná pochybení jako je například rozdílný přístup ke klientům na základě našich „slepých skvrn“, předsudků či sympatií, případně „ohýbání“ profesních pravidel ve prospěch svůj nebo prospěch druhých (Power, 1999, str. 28)

Restorativní (podpůrná) funkce supervize dbá na schopnost reflektovat vlastní emoce ve vztahu k výkonu povolání, porozumět jim, poskytuje emoční podporu, věnuje se zvládnutí emočně náročných situací v souvislosti s výkonem povolání, pomáhá k obnově a udržení schopností pro práci s klienty. Pozornost věnovaná profesionálním hranicím vede k lepší profesní efektivitě a zároveň ochraňuje pracovníka před vyčerpáním a vyhořením. Schopnost empatie vůči klientovi v sobě nezahrnuje pouze emoční, ale i kognitivní porozumění (pochopení) klienta a supervize napomáhá vyvážit empatii a přehnanou (někdy až paralyzující) identifikaci s klientem. Účinným restorativním faktorem je možnost sdílení emoční zátěže s kolegy v bezpečném prostoru supervize. Hawkins a Shohet (in Power, 1999, str. 26) připodobňují tento aspekt supervize k vítězství britských horníků, kteří si ve dvacátých letech 20. století vydobyli právo smýt ze sebe špínu z práce v pracovním čase místo toho, aby se šli špinaví umýt domů (pokud možnost doma se umýt vůbec měli). Podpůrná funkce supervize se svými tématy může velmi blízce dotýkat témat osobních a proto je nutné tomu věnovat pozornost a rozlišovat kontext a rámec supervize a terapie.

Na B. Proctor navazuje Alfred Kadushin (in Hawkins, Shohet, str. 60). Popisuje rovněž vzdělávací, řídící a podpůrnou funkci supervize. Tyto funkce se často vzájemně překrývají, mísí a doplňují, mohou se však v některých okamžicích i křížit, být ve vzájemném konfliktu.

Komentář [H1]: Ona na něj navazuje, ne naopak či nezávisle na sobě.

1.6 Supervizní kontrakt

Pečlivě připravený supervizní kontrakt je jednou z nutných podmínek kvalitní supervize. Kontrakt specifikuje podmínky supervize, poskytuje rámec a pravidla pro supervizi, vytváří bezpečný prostor pro zúčastněné strany supervize. Kontrakt může být dvojstranný (supervizor- supervizant, supervizor - zadavatel)

či trojstranný (superizor - zadavatel - supervizant). Trojstranný kontrakt může mít podobu jednoho kontraktu spolupodepsaného všemi třemi stranami nebo může mít podobu dvou dokumentů uzavřených mezi supervizorem a zadavatelem a supervizorem a supervizanty (Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 71). V případě trojstranného kontraktu je třeba klást důraz na pravidla nakládání s informacemi ze supervize a celkový způsob komunikace všech tří stran. To, že psaný kontrakt se stává i u nás standardem je jedním z ukazatelů zvyšující se kvality supervize. V některých případech je akceptován i kontrakt ústní, psaný kontrakt je však obecně preferován. Součástí kontraktu jsou zejména tyto prvky (volně podle Power, 1999, str. 118):

- Kdo je supervizantem
- Kdo je supervizorem
- Kdo je zadavatelem supervize
- Podmínky poskytování supervize (místo, čas, trvání, frekvence)
- Nakládání s dokumentací
- Délka platnosti supervizního kontraktu
- Platba za supervizi
- Odpovědnost supervizora (zejména postupovat v souladu s doporučenými postupy a standardy supervize)
- Odpovědnost supervizantů (přípravenost na supervizi, dodržování pravidel)
- Způsob a frekvence hodnocení supervize

Krátkodobý kontrakt, na rozdíl od kontraktu dlouhodobého (kontrakt na určitý počet supervizí, časové období), vychází z aktuální objednávky supervidovaného pro právě probíhající supervizi. U obou typů kontraktů je nutné z nich vycházet, v případě potřeby je možné na základě dohody zúčastněných stran kontrakt upravit (rekontraktování).

1.7 Supervizní vztah a vlastnosti dobrého supervizora

Kvalita supervizního vztahu je jedním z nejvýznamnějších faktorů pro výsledek supervize. Některé charakteristiky a doporučení pro vytvoření dobrého supervizního vztahu dokážeme definovat, je však nutné si uvědomit i to, že část

předpokladů pro vytvoření dobrého supervizního vztahu jsou ovlivněny osobnostními charakteristikami, osobními sympatiemi, nevědomými očekáváními apod..

Svou podstatou je supervizní vztah hierarchický a asymetrický, je založen na partnerské spolupráci. Klíčovým rozhodnutím pro vytvoření dobrého pracovního spojení je výběr vhodného supervizora. M. Bond a S. Holland (2010, str. 97) doporučují pro výběr supervizora tato hlediska:

- Schopnost podpořit reflexi supervidovaných.
- Profesionální odbornost a porozumění (není však nutné, aby byl stejné profese jako supervidovaný).
- V případě klinické supervize v tom pojetí, jak jí rozumíme v kontextu této diplomové práce (externí forma supervize), by neměl být supervizor v přímé pozici nadřízeného či podřízeného. Neměl by být ani osobou přímo a úzce spolupracující se supervidovaným.
- Schopnost dodržovat etická pravidla včetně mlčenlivosti
- Supervizor by neměl být člověkem, který má se supervidovaným bližší osobní vztah (přítel, příbuzný)

Vlastnosti dobrého supervizora podle Gilberta a Evanse zpracovali Hawkins a Shohet (2004, str. 52) do následující tabulky č.2 :

Tab. č. 2: Vlastnosti dobrého supervizora:

<ul style="list-style-type: none">• Flexibilita: v pohybu mezi teoretickými koncepcemi a užíváním široké škály intervencí a metod.• Pohled z mnoha perspektiv: schopnosti vidět tutéž situaci z rozličných úhlů pohledu.• Zmapování disciplíny, v níž provádí supervizi.• Schopnost pracovat napříč kulturami.• Schopnost usměrňovat a zvládat úzkost: svou vlastní i supervidovaného.• Otevřenost vůči učení: od supervidovaných i z nových situací, které vyvstanou.• Citlivost vůči otázkám širšího kontextu: působícího jak na terapeutický,
--

tak na supervizní proces.

- Vzdělanost v postupech proti utlačování: dokáže vhodně nakládat s mocí
- Humor, skromnost, trpělivost.

Stephen Power (1999, str. 39- 41) při popisu charakteristik dobrého supervizora vychází z práce britské autorky Jean Faughier (její specializací je supervize zdravotních sester pracujících v oblasti duševního zdraví). Za nejvýznamnější charakteristiky považuje Faughier velkorysost- velkorysost v upřednostnění supervize vůči ostatním činnostem i velkorysost v předávání zkušeností (emočních i intelektuálních). Dále je to schopnost poskytnout ocenění (tam, kde je to na místě), otevřenost (k tématům ze strany klientů k supervidovaným), ochota dále se vzdělávat, přemýšlivost a schopnost přemýšlení podpořit, lidskost (vlastnost důležitá i pro rozvíjení lidskosti na straně supervidovaného), citlivost (umožňující otevřít v supervizi i nejistoty a chyby v práci), přisnost bez kompromisů ve vztahu ke standardům a kvalitě a schopnost vytvoření a udržení důvěry ve vzájemném supervizním vztahu.

Charakteristikami supervizora z pohledu zdravotních sester se zabýval Sloan (1999). Za nejdůležitější charakteristiky dobrého supervizora byly tyto:

- Schopnost vytvořit podpůrnou atmosféru
- Dostatečné znalosti a odborné dovednosti
- Pocit závazku a odpovědnosti k poskytování supervize
- Dobré schopnosti naslouchat

Supervidované zdravotní sestry nahlížely na supervizora jako na vzor, který je inspiruje, zohledňuje jejich praxi a znalosti.

Podle výzkumu Dany Sedlákové (2009, str. 17) by měl mít supervizor tyto vlastnosti: schopnost sebereflexe, schopnost vidět události v širších souvislostech, mít schopnost podpořit reflexi druhých, dbát na vztahové hranice. Měl by být schopen akceptovat úroveň schopností a zkušeností supervidovaného a neklást na supervidovaného nepřiměřené požadavky. Měl by být empatický, vřelý, flexibilní, zvědavý, pozorný a otevřený.

1.7 Vlastnosti špatného supervizora a nevýhody supervize

Vzhledem k tomu, že se v našem výzkumu dotýkáme i tématu nevýhod supervize, pokusili jsme se k tomuto tématu hledat dostupné poznatky v literatuře. Hlavní nevýhodou supervize je její negativní dopad v případě špatných kvalit supervizora, při nezralosti a neautentičnosti supervidovaných (ne každý je vhodným kandidátem pro supervizi), při nedodržení zásad praxe dobré supervize, v případě nedostatků ze strany všech angažovaných stran (včetně organizace) (vlastní zkušenost).

Jedním z mála autorů, který se výzkumně podrobněji věnoval zdrojům nespokojenosti se supervizorem/supervizí byl Kadushin (Kadushin, Harkness 2002, str. 232). Na základě dotazníku mezi supervidovanými (v sociální oblasti) uvádějí autoři tyto nejčastější důvody nespokojenosti se supervizorem:

- Supervizor se zdráhá konfrontovat nadřízené s potřebami supervidovaných
- Supervizor je málo kritický, takže se nedozvím, jakých chyb se dopouštím a co je potřeba změnit
- Supervizor neposkytuje mnoho opravdové pomoci v řešení problémů, kterým čelím v práci s klienty
- Supervizor je nevypočitatelný ve využívání své autority
- Supervizor neposkytuje dostatek nepřerušovaného času k přednesení případu
- Supervizor je příliš kontrolující a dominantní, takže omezuje mou vlastní autonomii a profesionální iniciativu
- Supervizor poskytuje málo pochopení a uznání pro mou práci
- Supervizor podporuje nadbytečnou závislost
- Supervizor je váhavý v učinění rozhodnutí a převzetí odpovědnosti za rozhodnutí, takže celá váha rozhodnutí zůstává na mně

Již samotné přečtení charakteristik špatného supervizora nám napovídá o kontextu daného výzkumu- to, že se jedná o „americký“ typ supervize, tedy patrně o tzv. interní supervizi a to ještě v určitém časovém kontextu- 70. tých letech 20. století. Je důležité zároveň upozornit na to, že jde o reakce od supervizantů, kteří mohou očekávat od supervize i to, co supervize ze své povahy nenabízí.

Supervize může být zdrojem napětí pro supervidovaného, nevýhodou může být finanční a časová investice.

1.8 Úskalí skupinové supervize v týmu

Vzhledem k tomu, že skupinová forma supervize v týmu je tou formou supervize, kterou se zabýváme v praktické části této diplomové práce, rád bych zmínil některá úskalí, které skupinová supervize přináší (Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 76).

Jedním z významných faktorů, který může ovlivňovat proces supervize, je postavení supervizora jako odborníka- autority. Supervizanti se mohou snažit delegovat na něj svá rozhodnutí a zříkat se vlastní odpovědnosti. Není-li supervize dobrovolná, ale je zaměstnancům nařízená organizací (například z důvodu splnění podmínek pro systematické vzdělávání), může supervizor ztělesňovat nezvaného „kontrolora“ práce supervizantů. Vedením organizace nařízená supervize může vést k projevům rezistence, soupeření se supervizorem a k podkopávání autority supervizora (Gabrysz, 2007).

Supervize ve skupině s sebou nese jak aspekty dynamiky případu samotného, tak i dynamiku skupinovou. Považujeme proto za vhodné, aby supervizor měl vlastní sebezkušenost z pozice člena skupiny a měl i teoretickou znalost procesů, které se při práci se skupinou objevují (Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 97).

Supervizor se může stát zdrojem přenosu supervizantů- nevědomé projekce předchozích vztahových zkušeností, pocitů a potřeb.

Dalším jevem, se kterým se můžeme v supervizi (nejen skupinové) setkat, je tzv. paralelní proces- podobnost mezi supervidovaným případem a tím, co se děje (obvykle v rovině emoční) v supervizi samotné (Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 30).

Hajný (2004) popisuje tři druhy nevhodné skupinové supervize: amorfní, nepodporující a terapeutizující. U amorfní supervize jsou témata a případ smíseny do chaotické debaty, která vede k pocitům zmatku. Nepodporující supervize je charakteristická zvýšenou kritičností, nadměrnou náročností a destruktivní komunikací. Terapeutizující supervize může poškodit sebeúctu a kompetenci terapeuta například prostřednictvím nevyžádaných interpretací (Hajný, 2004).

2. Profese zdravotní sestry

2.1 Specifika profese zdravotní sestry

Činnost zdravotní (všeobecné) sestry je stanovena vyhláškou č. 424/2004 Sb. (2004). Všeobecná sestra mimo jiné poskytuje a zajišťuje ošetrovatelskou péči, vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, provádí nácvik sebeobsluhy, hodnotí sociální situaci pacienta, provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých, podává léčivé přípravky, provádí ošetření akutních a operačních ran atd.. Na základě vyhlášky 4/2010 Sb. jsou zdravotní sestry povinné se celoživotně vzdělávat, aby neztratily oprávnění vykonávat profesi bez odborného dohledu.

Profese zdravotní sestry s sebou nese nároky na vědomosti a dovednosti, mnohdy však i nároky na dispozice fyzické. Tím se neliší od celé řady jiných povolání, které jsou charakteristické kontaktem s lidmi. To, co je „navíc“, jsou vysoké nároky v oblastech psychické odolnosti a osobnostních předpokladů. Psychická zátěž je spojena například s těmito faktory (Bartošíková, 2006, str. 12):

- Zodpovědnost a vědomí významných důsledků v případě pochybení
- Setkávání se s bolestí, utrpením a smrtí
- Zasahování do intimity druhých
- Nutnost rychlého reagování
- Náročnost komunikace s některými pacienty a příbuznými
- Směnný provoz
- Nároky na další vzdělávání
- Nízké finanční ocenění a nízký společenský status
- Nedostatečná podpora jako systémové opatření

2.2 Potřeby zdravotních sester a očekávání od supervize

K dovednostem výkonu profese zdravotní sestry patří schopnost ovládat emoce ve vypjatých situacích. Neovládnuté emoce negativně ovlivňují kvalitu práce a mohou přímo působit iatropatogenně zhoršením pacientova psychického

stavu. Zdravotničtí pracovníci však nejsou zvyklí emoce projevit ani tehdy, kdy jejich zpracování je potřebné- jsou to emoce, které si „nosíme domů“, emoce, které jsou intenzivní i po profesně bezchybně zvládnuté intervenci a přesto v nás „zůstávají“ (Power, 1999, str. 26). Příčin, proč zdravotničtí pracovníci nejsou zvyklí emoce projevit a spíše je potlačují je několik. Jedním z důvodů, proč se emoce i v supervizi neprojevují- a vyplývá to i z našeho výzkumu- je například malá důvěra v ostatní členy supervizní skupiny nebo názor, že projevení emocí a přiznání pochybností o sobě je projevem slabosti. Malá zkušenost a informovanost o supervizi limituje efekty, jež může supervize zdravotnickým pracovníkům přinést, jelikož bez pozitivní zkušenosti a motivace k supervizi nemají supervizanti adekvátní očekávání a tedy nemají ani splnitelnou „zakázku“ na supervizi (Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 68). Supervize však není jediným způsobem, jak pracovat s intenzivními prožitky ve vztahu k výkonu povolání zdravotní sestry. Samotnou supervizi nemůžeme vnímat jako univerzální záchranu od syndromu vyhoření, profesních pochybení či obtíží v komunikaci na pracovišti. Supervize je pouze jednou z metod podpory, vzdělávání a péče o kvalitu práce pracovníků (Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 43).

Zkoumáním toho, co zdravotní sestry od supervize čekají, se u nás zabývalo několik autorek zejména v rámci diplomových, případně bakalářských prací. Autorky shodně došly k závěru, že velká část respondentů dosud se supervizí neměla zkušenost a ani nevěděli, co supervize je. Bylo pro ně tedy obtížné specifikovat jejich očekávání a potřeby (Keclíková, 2010; Řeháková, 2005). Naopak ve Velké Británii mělo povědomí o klinické supervizi všech 46 zdravotních sester, které se účastnily studie (Sedláková, 2009).

Řeháková (2005) se věnovala potřebám staničních sester z 5 různých oddělení včetně oddělení gerontopsychiatrie. Na základě kvalitativní analýzy dat od 9 respondentek dochází k závěru, že supervize by se měla věnovat zejména problematice komunikace na pracovišti, interpersonálním vztahům a začleňování nových pracovníků do kolektivu. Významným požadavkem bylo zaměření se na řídicí funkci supervize- upozorňování na slabá a riziková místa v provozu oddělení. Respondentky překvapivě nečekaly od supervize prevenci syndromu vyhoření pro své podřízené, syndrom vyhoření u svých podřízených nevnímaly.

Keclíková (2010) rozdělila potřeby zdravotních sester (N= 53) pro různá supervizní uspořádání. Individuální supervize by měla být zaměřena zejména na tato témata (dle frekvence nejčastějších odpovědí):

- Interpersonální problémy
- Osobní zkušenosti a problémy s pacienty
- Osobní problémy (zejména prolínání osobních problémů do péče o problémové pacienty)
- Zvládání stresu
- Konfrontace se smrtí, bolestí, zoufalstvím
- Nárůst práce a úkolů
- Syndrom vyhoření, únavový syndrom
- Skupinová supervize by měla být zaměřena zejména na:
 - Interpersonální vztahy
 - Nejednotnost pracovních postupů, standardů
 - Komunikace, vztahy sestra- lékař
 - Komunikace, vztahy sestra- pacient
 - Spolupráce různých oddělení (to však byl požadavek sester pouze z jednoho pracoviště).

V menší míře to byla témata vzdělávání, organizace práce, motivace, řešení stresových a jinak emočně vyhocených situací.

Podle Šupkové (2011, str. 90) zdravotní sestry očekávají od supervize zejména:

- Prevenci syndromu vyhoření
- Ujasnění odpovědnosti a kompetencí
- Obohacení o názory kolegů a další vzdělávání
- Zlepšení týmové spolupráce

2.3 Specifika zdravotní péče v domovech pro seniory

2.3.1 Domovy pro seniory

Status domovů pro seniory je vymezen v zákoně č. 108/2006 Sb § 49: V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou

soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba podle zákona č. 108 poskytuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Součástí některých domovů pro seniory jsou domovy se zvláštním režimem. Ty poskytují pobytové služby osobám, pokud mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb.). Naprostou většinu klientů domovů se zvláštním režimem tvoří lidé postižení Alzheimerovou chorobou, což vyplývá z vysoké prevalence Alzheimerovy demence v seniorské populaci- ve věku 63 let je prevalence asi 0,7% a zdvojnásobuje se každých 5 let (Bartoš, Hasalíková, 2010, str. 14). Z hlediska fyzické i emoční náročnosti je péče na odděleních se zvláštním režimem náročnější než péče na odděleních samotného domova pro seniory. V těchto případech je nezbytné, aby pracovníci oddělení se zvláštním režimem byli dostatečně teoreticky vzděláni v problematice daných typů postižení. Praktické dovednosti jsou založeny zejména na dovednostech komunikačních, trpělivosti, empatii a respektu. Zdravotní sestra v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem by měla být schopna adekvátně komunikovat rovněž s příbuznými klientů (Orel, 2011). V tom všem může supervize pomoci.

2.3.2 Specifika potřeb seniorů

Podle Zavázalové (2001, str. 12-13) byly Světovou zdravotnickou organizací pro období senia podle věku stanoveny tyto kritéria: období raného

stáří 60- 74 let, období vlastního stáří 75- 89 let a období dlouhověkosti nad 90 let.

Pobyt v domovech pro seniory přináší některá specifika- 78 % žadatelů o umístění do domova pro seniory tvoří ženy, 79 % procent jsou osoby ovdovělé, 11 % rozvedené, 77 % žadatelů je starších 75 let, 45 % je starších 80 let a 4,5 % je starších 90 let. Ve 30 % je důvodem k podání žádosti do domova pro seniory špatný zdravotní stav, což je i nejčastější důvod podání žádosti, druhým nejčastějším důvodem byly ve 22 % obavy z budoucnosti a třetím nejčastějším důvodem je osamělost, objevující se ve 20 % žádostí (Kasalová in Vohralíková, Rabušic, 2004, str. 73). Již na základě těchto očekávání lze odvodit potřeby seniorů a to i v domovech pro seniory- je nutné zajistit jak potřeby fyziologické (např. stravování, spánek, zabezpečení hygieny, zdravotní péče), potřeby psychologické (např. pocit bezpečí, možnost seberealizace, autonomie, porozumění situacím, přijetí okolím), potřeby sociální (např. kontakt s příbuznými a obecně okolím, naplnění společenské role) a potřeby duchovní- spirituální (např. prostor pro přemýšlení, účast na mši, kontakt s knězem).

Duševní změny ve stáří se týkají celkové výkonnosti, kognitivních (poznávacích) funkcí jako je např. paměť, myšlení, soustředění, pozornost, může docházet k osobnostním změnám, poruchám chování, méně často může dojít k rozvoji tzv. psychotických příznaků jako jsou poruchy vnímání- halucinací či rozvoji kvalitativních poruch myšlení- bludů. Fyzické změny na všech úrovních organismu s sebou nesou mimo jiné různé typy bolestí, zhoršení pohybové koordinace, snížení svalové síly a celkové pružnosti, zhoršení jemné motoriky. Smyslové změny zhoršují kontakt s okolím- ať již se jedná o poruchy sluchu, zraku, chuti, čichu či hmatu (Keclíková, 2007, str. 12). To vše klade zvýšené požadavky na péči pracovníků ve srovnání s jinými klienty.

Vzhledem k dlouhodobému dennímu kontaktu v domovech pro seniory naplňují zdravotní sestry potřeby klientů nejen fyziologické a psychologické, ale i potřeby sociální. Na základě svých zkušeností při realizaci výzkumu v domovech pro seniory mohu říci, že rozsah kontaktu s klienty je v různých zařízeních různý a souvisí zřejmě s celkovou atmosférou na pracovišti a kulturou organizace. Dlouhodobé soužití klientů v prostředí, které není prostředím domácím (jakkoli je snaha prostředí domovů pro seniory domácím podmínkám co nejvíce přiblížit) s sebou nese vysoké nároky na komunikaci.

3. Měření efektivity supervize

3.1 Význam měření efektivity supervize

Přes více než stoletou historii supervize v pomáhajících profesích, její běžné rozšíření v sociální péči a v současnosti pozvolný průnik i do oblasti péče zdravotní, nemáme k dispozici adekvátní počet kvalitních studií na dostatečném vzorku respondentů, které hodnotí kvalitu supervize. Právě (avšak nejen) v oblasti zdravotní péče je kladen vzrůstající důraz na ekonomiku vynaložených prostředků s právem investorů kontrolovat kvalitu poskytované služby. Význam důkazů o smyslu supervize narůstá i v souvislosti s rozšiřováním kompetencí zdravotních sester.

Zatímco v České republice je využívání supervize ve zdravotnictví ojedinelé a relevantní studie k efektivitě supervize téměř neexistují, byl například ve Velké Británii již ve druhé polovině devadesátých let uskutečněn projekt zaměřený na evaluaci supervize u zdravotních sester spolufinancovaný ze strany britského Ministerstva zdravotnictví (!) (Butterworth et al., 1996; Butterworth et al., 1999).

3.2 Studie efektivity supervize u zdravotních sester

3.2.1 Přehled studií efektivity supervize u zdravotních sester

Většina dostupných studií k efektivitě supervize ve zdravotnictví (v anglicky mluvících zemích je používán termín „clinical supervision“) byly publikovány v posledních 20 letech a to zejména v zemích, kde je supervize nejvíce rozšířena- tedy ve Velké Británii, zemích Skandinávie, Austrálii, USA a Kanadě. Jen velmi málo studií bylo provedeno na dostatečně velkém vzorku respondentů. Máme-li se zabývat a event. srovnat výsledky jednotlivých studií, je nutno je kategorizovat podle některých společných charakteristik. Jednou z možností, jak studie sloučit na základě podobných charakteristik, je zaměřit se na to, co vlastně studie hodnotí jako klíčové známky efektivity supervize- měří-li například syndrom vyhoření (a jakým způsobem), pracovní klima, pocit smysluplnosti práce, pracovní výsledky či například subjektivní hodnocení supervize v rozličných charakteristikách). Je však nutno přiznat, že supervize je

procesem ovlivněným řadou proměnných včetně skutečnosti, že přínos supervize je do jisté míry ovlivněn i individuálními charakteristikami supervizanta i supervizora a jejich motivací. (Havrdová, Hajný et al., 2008, str. 68, 96- 97).

Druhou možností, jak srovnat dosavadní výsledky měření efektivity supervize je rozřídění studií podle designu studie, který autoři použili.

Přehled srovnávacích studií, které měří efektivitu supervize, zpracovali australští autoři (Brunero, Stein-Parbury, 2008). Podle typu designu rozdělili studie splňující vybraná kritéria (studie od r. 1993, účastníky byly zdravotní sestry, postup supervize byl jasně popsán) na studie srovnávací (4 studie), studie hodnotící efekt supervize před a po intervenci (3 studie) a studie pouze po absolvované supervizi (15 studií).

Vzhledem k podobnému designu studie uvádím studie hodnotící efekt supervize ex post bez srovnání s kontrolním souborem v příloze č. 1 (podle Brunero, Stein- Parbury, 2008). Autoři přehledu kromě sledování ukazatelů efektivity tyto navíc rozřídili do kategorií podle zaměření ukazatelů efektivity supervize (Proctor, 1988, str. 24) na funkce normativní (N), formativní (F) a restorativní.(R). Již z této tabulky je zřejmé, jak obtížné je zkoumat efektivitu supervize. Z 15 studií nebyla přítomna jiná forma intervence kromě supervize u 11 z nich, z těchto 11 studií jich bylo 7 uskutečněno na alespoň 30 subjektech, z toho 3 studie byly uskutečněny shodným hlavním autorem (Hyrkäs). Máme-li prokázat efektivitu supervize tak, aby bylo možné výsledky zobecnit, je nutné používat jednotné nástroje k měření její efektivity. Řada i výše uvedených studií používá k hodnocení nestrukturovaná či polostrukturovaná interview a jiné metody kvalitativního výzkumu. Na základě těchto metod však jen obtížně dosáhneme dostatečného zobecnění efektu supervize, což by podpořilo implementaci supervize do standardního systému vzdělávání/podpory zdravotních sester tak, jako je tomu například ve Velké Británii. Z hlediska kvantitativních výzkumných metod byly v uvedených studiích buďto zkonstruovány dotazníky vlastní nebo byly použity dotazníky původně zkonstruované za jiným účelem a měřící jen některé parametry supervize. Je to například dotazník Maslach Burnout Inventory měřící syndrom vyhoření a sestavený Christine Maslach a Susan E. Jackson (1986) nebo Minnesota Job Satisfaction Questionnaire hodnotící spokojenost v zaměstnání. Maslach Burnout Inventory má 3 subškály zaměřené na emocionální vyčerpání, pocity depersonalizace a na osobní uspokojení.

Samotné dotazníky zkonstruované původně za jiným účelem však nelze považovat za dostatečný nástroj měření efektivity supervize. Chceme-li měřit výstupy supervize v celé šíři, jeví se smysluplné jejich použití v kombinaci,

Další možností měření efektivity je použití dotazníku, který je zkonstruován přímo pro měření efektivity supervize. Takovým dotazníkem je Manchester Clinical Supervision Scale zkonstruovaný Julií Winstanley. Tento dotazník je mezinárodně validizovaný (nikoli však v ČR), je navržen přímo pro zdravotní sestry, případně i jiné pracovníky ve zdravotnictví a umožňuje kvantifikovat efektivitu a spokojenost se supervizí z pohledu supervizantů. K nahlédnutí je dostupný na této internetové adrese: http://www.osmanconsulting.com/assets/docs/mcss_sample.pdf. K použití tohoto dotazníku je nutné zakoupit licenci při dodržení copyright práv autorů.

Jiným dotazníkem, který by mohl být dobře využitelný pro měření efektivity supervize je dotazník zkonstruovaný N. Bowlesem a CH. Young (1999). Upravený překlad dotazníku jsme použili v našem výzkumu a uvádíme jej v příloze č. 1. Dotazník obsahuje 21 otázek, které jsou zaměřeny na jednotlivé funkce supervize podle modelu B. Proctorové (formativní, normativní, restorativní). Na každou z funkcí supervize je zaměřeno 7 otázek, otázky jsou „napřeskáčku“ a pro respondenta není zřejmé, na kterou ze tří funkcí supervize je otázka zaměřena.

3.2.2 Výsledky vybraných kvantitativních studií efektivity supervize u zdravotních sester

Rád bych nyní uvedl několik studií s konkrétními výstupy měření efektivity supervize.

Studie Edwards et al. (2006) hledá odpověď na otázku, jaký má supervize vliv na syndrom vyhoření, a to na vzorku 260 komunitních zdravotních sester pracujících v oblasti péče o duševní zdraví. Jako výzkumný nástroj byl použit Maslach Burnout Inventory (MBI) a Manchester Clinical Supervision Scale (MCSS). Na základě dotazníku MBI zjistili vysokou míru emočního vyčerpání u 36 % respondentů. Ty zdravotní sestry, které hodnotily pozitivněji efekt supervize, udávaly signifikantně nižší míru syndromu vyhoření. Nabízí se však otázka, nehodnotí-li právě zdravotní sestry s nižší mírou syndromu vyhoření pozitivněji výsledek supervize právě proto, protože nejsou „vyhořelé“. zdroj

Teasdale, Brocklehurst a Thom (2000) srovnali míru syndromu vyhoření pomocí dotazníku MBI u supervidovaných a nesupervidovaných celkem 211 zdravotních sester z různých oblastí zdravotní péče. Autoři použili mimo jiné i dotazník Nursing in Context Questionnaire (NICQ) zkonstruovaný Neil Brocklehurst k evaluaci supervize. Tento dotazník je třífaktorový- první faktor je zaměřen na míru, do jaké zdravotní sestry vnímají nadřizené jako naslouchající a podpůrné, druhý faktor zkoumá míru, jak sestry podle vlastního názoru zvládají svou práci a třetí faktor byl zaměřen na míru přijímané podpory v zaměstnání. V dotazníku NICQ popisovaly supervidované sestry pocit větší podpory a naslouchání ze strany managementu, pocit lepšího zvládnání práce a pocit lepší dostupnosti podpory než sestry nesupervidované. Míra syndromu vyhoření se u supervidovaných a nesupervidovaných zdravotních sester nelišila. Na základě této studie se tedy zdá, že supervize protektivně vůči syndromu vyhoření nepůsobí. Jak uvádějí autoři v diskuzi, zdá se, že supervize přináší větší míru podpory pro méně zkušený personál a tedy pokud jsou zdroje pro supervizi omezeny, je lepší ji zaměřit na tyto zdravotní sestry (Teasdale, Brocklehurst, Thom, 2000).

Švédští autoři (Berg, Hansson, Hallberg, 1994) realizovali srovnávací studii u zdravotních sester v péči o demenční pacienty a u 19 zdravotních sester se supervizí a 20 sester bez supervize. Jako evaluační nástroje použili Creative Climate Questionnaire (CCQ) složený z padesáti výroků k deseti pracovním oblastem (např. pracovní klima, podpora myšlenek, svoboda, konflikty...), Burnout Measure, který zahrnuje tři kategorie v 21 výrocích na škále 1-7 (fyzické vyčerpání, emoční vyčerpání a psychické vyčerpání) a jako třetí nástroj byl použit Maslach Burnout Inventory. V dotazníku Creative Climate Questionnaire došlo v experimentální skupině ke zlepšení v 8 z 10 faktorů, zatímco u kontrolní skupiny ke změně nedošlo. Podle autorů může zvýšená tvořivost zlepšit prospěch pacientů. Pocity vyčerpání a vyhoření se u experimentálního souboru snížily, zatímco u kontrolního souboru k jejich snížení nedošlo. Je otázkou, zdali je zkoumání tvořivosti u zdravotních sester opravdu významným parametrem efektu supervize, kterým stojí za to se zabývat (dotazník CCQ také při zkoumání efektu supervize zřejmě zatím nikdo kromě autorů studie nepoužil, stejní autoři jej využili i v další studii (Berg, Hallberg, 1999). Zároveň si sami autoři pokládají otázku, zdali nejsou pozitivní výsledky způsobeny zejména Hawthornovým efektem (viz např. McCarney et al., 2007). Tedy zda-li nemohla k pozitivním

výsledkům v dotaznících věst samotná pozornost, kterou výzkumníci věnovali zdravotním sestřím v experimentální skupině. I my sami si můžeme položit otázku, kolika studií efektivity supervize se může Hawthornův efekt týkat.

Poměrně komplexní pokus o evaluaci efektu supervize učinili autoři ve Velké Británii v rámci projektu spolufinancovaného britským a skotským Ministerstvem zdravotnictví (Butterworth et al, 1999). Studie se aktivně zúčastnilo celkem 586 respondentů (96% návratnost dotazníků) z 23 zdravotních oblastí ve Velké Británii a Skotsku. Účastníci vyplnili tyto dotazníky:

1. Dotazník demografických údajů (např. věk, pohlaví, pracovní pozice, pracovní neschopnost, kouření, pití alkoholu, fyzická aktivita).
2. Dotazník celkového zdravotního stavu (General Health Questionnaire GHC-28). Jedná se o psychiatrický skríninkový dotazník zaměřený na oblast tělesných potíží, úzkosti a poruch spánku, sociálního fungování a depresivních příznaků. Cílem dotazníku je měřit psychickou nepohodu.
3. Dotazník syndromu vyhoření- Maslach Burnout Inventory (viz výše).
4. Dotazník míry stresu zdravotní sestry (Nurse Stress Index) obsahující 6 subškál (pracovní zatížení- 2 subškály, podpora ze strany organizace, jednání s pacienty a příbuznými, konfliktní situace doma/v zaměstnání, jistota a kompetence v pracovní pozici)
5. Minnesotský dotazník spokojenosti (Minnesota Job Satisfaction Scale).
6. Cooperova škála zvládacích dovedností (Cooper's Coping Skills Scale).

Na základě rozsáhlé analýzy získaných dat autoři vyvozují, že k měření efektivity supervize jsou vhodné jen některé z dotazníků. Zvláště citlivými se ukázaly dotazníky Maslach burnout inventory a Minnesota Job Satisfaction Scale. Tyto 2 dotazníky, jak jsem již uvedl výše, bývají zároveň nejčastěji použitými dotazníky v měření efektivity supervize.

V případě dotazníku Nurse Stress Index se zdá, že by mohl být použit spíše jako nástroj k výběru personálu, který potřebuje supervizi, než jako nástroj evaluační. Právě na základě tohoto rozsáhlého projektu „Clinical Supervision Evaluation Project“, jehož kořeny jsou v r. 1995 a jehož grantová podpora pocházela od britského Ministerstva zdravotnictví, zkonstruovala biostatistička Julie Jeacock (Winstanley) Manchester Clinical Supervision Scale (viz výše).

3.2.3 Výsledky vybraných kvalitativních studií efektivity supervize u zdravotních sester

Kvalitativní studie jsou v dostupné literatuře zastoupeny bohatěji nežli studie kvantitativní. Již tento samotný fakt vypovídá o tom, že výzkum v supervizi má díky kvalitativním studiím vytvořeno dostatečné teoretické zázemí pro stanovení hypotéz, které mohou být dále ověřovány výzkumem kvantitativním. Kvalitativní výzkum umožňuje shromáždit data s vysokou validitou, zatímco kvantitativní výzkum umožňuje dosáhnout vysoké reliability (spolehlivosti výsledků). Na druhou stranu, jak kriticky uvádí Butterworth, jež kvalitativní studie hlouběji hodnotil (in Veeramah, 2002), většina publikovaných výstupů „jsou založené na nadšení jednotlivců, individuálním hodnocení a nepodložených zprávách“.

Rádi bychom se nyní pozastavili u výzkumu, který publikovali britští autoři v r. 1998 (White et al., 1998). Rozhovory s 34 zdravotními sestrami trvaly 30- 45 minut a byly podrobeny obsahové analýze jedním hodnotitelem. V hodnocení supervize bylo nalezeno 50 podobných výstupů a ty byly sloučeny do dvou kategorií- kategorie osobních přínosů a přínosů v organizaci. V oblasti osobních přínosů uvítaly respondentky posílení sebedůvěry a sebeúcty, získání podpory od kolegů, prohloubení pocitu vlastní odpovědnosti za vlastní práci. Díky supervizi se zdravotní sestry cítily otevřenější, uvolněnější, více nadchnuté pro práci a méně soutěživé. Jak některé zdravotní sestry přiznaly, supervize jim pomohla „vyrovnat se se strachem, že budou shledány jako profesně neschopné nároky povolání zvládnout“. Na úrovni organizace došlo k posílení vztahů s kolegy (což bylo zejména výzvou pro zkušenější pracovníky), zlepšila se nálada personálu. Dostupnost supervize byla stimulem pro získání zaměstnanců a sloužila jako faktor působící proti odchodu zaměstnanců (White et al., 1998).

Jedním z kvalitativních výzkumů, který je tematicky blízký zaměření našeho výzkumu, a který byl proveden v České republice, je diplomová práce Mgr. Hany Slovákové (Slováková, 2008). Autorka podrobila obsahové analýze rozhovory s 5 pracovníci Domova pro seniory v Lanškrouně, 3 pracovníce pracovaly na pozicích pečovatelek- ošetřovatelek, jedna byla sociální pracovníce a jedna pracovala jako koordinátorka volnočasových aktivit. Autorka práce dospěla analýzou rozhovorů k těmto závěrům, jež se týkají přínosu supervize pro kvalitu péče o seniory:

- Supervize přispěla k sjednocení přístupu ke klientům.
- Díky supervizi se zlepšila komunikace a spolupráce s rodinami klientů.
- Supervize vedla ke zlepšení komunikace s klienty.
- Supervize vedla k uvědomění si vlastních chyb.
- Supervize umožnila nazít situaci klienta jeho vlastní optikou, ventilovat vlastní pracovní problémy, získat zpětnou vazbu a umožnila reflexi situace klientů.

Na tyto závěry by bylo možno navázat kvantitativním výzkumem, který by například zkoumal jednotnost přístupu ke klientům, kvalitu komunikace, schopnost empatie, schopnost sebereflexe apod..

3.3 Jak dál v evaluaci supervize?

Kvalitní kvantitativní hodnocení efektu supervize umožňující i srovnání v rámci různých pracovišť nebo (i) supervizorů vyžaduje buďto kombinaci více dotazníků zaměřených na výstupy, které jsou cílem supervize (např. míra stresu, syndrom vyhoření, míra odchodů ze zaměstnání, míra nemocnosti pracovníků, počet stížností na kvalitu péče, míra spokojenosti v zaměstnání, zkvalitnění znalostí a profesních kompetencí, zlepšení kvality péče, zvládnutí kritických situací...) anebo použití specifického dotazníku konstruovaného přímo k evaluaci supervize.

Nevýhodou první možnosti je zátěž pro respondéry spočívající ve vyplňování několika různých dotazníků, které stejně zachycují jen některé aspekty supervize. Větší počet dotazníků zároveň snižuje jejich návratnost a i celkové hodnocení je administrativně náročnější. Nevýhodou druhé možnosti je v současnosti nedostatečný počet vhodných standardizovaných a validizovaných dotazníků. Dominantní pozici v této kategorii zaujímá Manchester Clinical Supervision Scale, jejíž použití je však vzhledem k autorským právům poměrně nákladné.

Nedílnou a důležitou součástí evaluace supervize v běžné praxi jsou a zůstávají přímé reakce účastníků, ať již verbální nebo v podobě písemné zpětné vazby.

Ve vztahu k hodnocení efektivity supervize považují za důležité zmínit i otázku dobrovolnosti supervize. Povinně, ať již legislativně nebo vedením organizace nařízená supervize by mohla vést ke zlepšení kvality služby a být přínosem i pro samotné zaměstnance. Na druhou stranu je obecnou charakteristikou člověka klást odpor tomu, co je mu vnucováno/nařizováno zvnější. Tato charakteristika úzce souvisí s motivací supervidovaných k supervizi a faktorem dobrovolnosti/nedobrovolnosti. Také spolupodílení se na nákladech supervize bude patrně jedním z významných faktorů, které hodnocení efektivity i samotnou efektivitu supervize ovlivňují. Dalším aspektem s vlivem na hodnocení supervize je míra znalostí ve vztahu k možnostem, které supervize (ne)nabízí.

4. Cíl práce

Cílem výzkumu je:

1. Ověřit, závisí-li výsledný efekt supervize na celkové délce praxe zdravotních sester
2. Ověřit, závisí-li výsledný efekt supervize na délce supervizní zkušenosti
3. Ověřit, nakolik jsou při supervizi u zdravotních sester vyváženy jednotlivé funkce supervize dle modelu Proctorové (Proctor, 1988, str. 24), tedy funkce formativní (vzdělávací), normativní (řídící) a restorativní (podpůrná).
4. Pojmenovat očekávání zdravotních sester ve vztahu k vlastnostem dobrého supervizora a zamyslet se nad přínosy a nevýhodami supervize
5. Ověřit některé psychometrické vlastnosti zvoleného dotazníku supervize, zjm. jeho vnitřní konzistenci

5. Vlastní výzkum

5.1 Organizace výzkumu

K výzkumu jsme adaptovali dotazník anglických autorů (Bowles, Young, 1999). Doplnili jsme jej o údaje vztahující se ke zkušenostem se supervizí a o demografické údaje.

S prosbou o spolupráci jsem oslovil 9 domovů pro seniory v regionu Olomouckého, Zlínského a Brněnského kraje, které jsem osobně navštívil a s prosbou o spolupráci oslovil vrchní sestru. Dotazníky byly distribuovány celkem 159 zdravotním sestram, 132 respondentů dotazníky vyplněné vrátilo. Návratnost dotazníků byla 82 %, což lze považovat za návratnost vysokou. Účast byla dobrovolná, účastníci byli písemně informováni o účelu sběru dat a anonymitě respondentů. Ve všech sledovaných domovech pro seniory se supervizí účastnili spolu se zdravotními sestrami i jiní pracovníci- zejména sociální pracovníci a v menší míře i přímí pracovníci v sociálních službách. Zdravotní sestry tvořily 75 % z celkového počtu účastníků na supervizích, sociální pracovníci tvořili 18 % účastníků a pracovníci v přímé péči tvořili 7 % supervidovaných. Při sběru dat nebyli účastníci stratifikováni a to ani z hlediska pohlaví, věku, vzdělanosti. Základní podmínkou byla vlastní zkušenost se supervizí a výkon povolání zdravotní sestry. Vyplnění dotazníků bylo uskutečněno v pracovní době respondentů, v individuálně libovolném čase, dotazníky byly odevzdány do připraveného boxu a následně předány autorovi výzkumu. Sběr dotazníků probíhal od ledna 2011 do dubna 2011.

V naší práci budeme používat české ekvivalenty pro termíny funkcí supervize dle modelu B. Proctor- podpurná (restorativní), vzdělávací (formativní) a řídicí (normativní).

5.2 Hypotézy

Před zahájením studie jsme stanovili nulové a alternativní hypotézy.

Nulové hypotézy:

N- 1: Délka praxe nemá vliv na vnímaný přínos supervize.

N- 2: Doba přijímané supervize nemá vliv na vnímaný přínos supervize.

N- 3: Jednotlivé funkce supervize ve všech 3 složkách jsou vyvážené.

Alternativní hypotézy:

A- 1: Přínos supervize je výraznější u pracovníků s kratší dobou praxe.

A- 2: Přínos supervize je výraznější u pracovníků s delší supervizní zkušeností.

A- 3a): Podpůrná funkce supervize je významnější než funkce vzdělávací.

A-3b): Vzdělávací funkce supervize je významnější než funkce řídicí.

5.3 Dotazník

Použitý dotazník má 3 části. Délka vyplnění dotazníku je přibližně 20 minut.

Část první je zaměřena na hodnocení supervize supervidovanými. Tato část se skládá z 21 položek, které jsou adaptací původního anglického dotazníku (Bowles, Young, 1999). Položky dotazníku vzešly z obsahové analýzy 11 polostrukturovaných interview. Z 21 položek dotazníku je každá ze tří dimenzí (vzdělávací, řídicí a podpůrná) zastoupena 7 položkami.

Druhá část dotazníku se týká parametrů supervize- jaká je délka přijímané supervize, jakým způsobem došlo k prvnímu seznámení se supervizí, jakým způsobem jsou vyjednána pravidla supervize, probíhá-li supervize v pracovní době, jaká je její frekvence, jaké má zaměření a jaká je délka jednoho supervizního setkání. Ve dvou položkách je ponechán prostor pro vlastní vyjádření supervidovaných- jedna položka se týká vlastních představ o vlastnostech dobrého supervizora a druhá se dotazuje na vlastní názor na přínosy a nevýhody supervize.

Třetí část dotazníku obsahuje demografické údaje- pohlaví, věk v intervalovém rozmezí, nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe v oboru zdravotnictví.

5.4 Statistické metody

Získaná data byla transformována na sumy a subškály jednotlivých funkcí supervize a kontinuálně editovaná do paměti počítače. Jsou nyní k dispozici jak v papírové, tak v digitální formě.

Demografická (věk, pohlaví, vzdělání, délka zkušenosti se supervizí a délka praxe) a měřitelná data (celkové a dílčí hodnocení v jednotlivých funkcích supervize) byla analyzována pomocí sloupcové statistiky k vypočtení průměrů, směrodatných odchylek a hodnocení typu rozložení. Typy rozložení demografických a kvantitativních charakteristik byly určeny pomocí Shapiro-Wilkova W testu. Vztah mezi proměnnými s normální distribucí (věk, délka celkové praxe, kvantitativní data v jednotlivých funkcích supervize i v celkovém skóre) byl hodnocen Pearsonovou korelační analýzou, v případě proměnných s nenormální distribucí (délka zkušenosti se supervizí) byla použita Spearmanova korelační analýza.

Hodnocení rozdílů mezi jednotlivými skupinami v závislosti na délce zkušenosti se supervizí dle intervalů a srovnání jednotlivých domovů pro seniory bylo uskutečněno v případě normálního rozložení pomocí přímé analýzy metodou ANOVA. Ověření homogenity rozptylů v případě metody ANOVA jsme uskutečnili Bartlettovým testem. Při srovnání jednotlivých domovů pro seniory jsme dále použili post hoc mnohočetnou Tukeyho analýzu. V případě nenormální distribuce dat (srovnání jednotlivých domovů pro seniory na základě délky supervizní zkušenosti) jsme použili neparametrický Kruskal-Wallisův test a jako post hoc test jsme použili Dunnsův mnohočetný srovnávací test. K výpočtu vnitřní konzistence jsme použili Cronbachovo alfa.

Výsledky byly považovány za významné, pokud dosáhly 5 % hladiny statistické významnosti. Všechny analýzy byly provedeny pomocí statistického programu PRISM-3. Důležité výsledky statistického hodnocení byly pro zpřehlednění editovány do tabulek.

5.5 Charakteristiky jednotlivých domovů pro seniory

5.5.1 Domov pro seniory č. 1

Zřizovatelem domova je kraj, domov má kapacitu 122 míst. Nachází se v rozsáhlém zámeckém parku na okraji vesnice. Supervize probíhají v pravidelných měsíčních intervalech, konají se převážně v pracovní době a jsou vedeny psychologem. Účast na supervizích je dobrovolná. Současný supervizor vede supervize 2 roky, předchozí supervizorka byla změněna pro nespokojenost s kvalitou supervize.

5.5.2 Domov pro seniory č. 2

Domov se nachází v centru menšího města v nově zrekonstruovaných budovách bývalého kláštera. Jeho zřizovatelem je kraj. Kromě samotného domova pro seniory, kde je 128 míst nabízí domov 22 míst v Domově se zvláštním režimem. Nově zřízený Domov se zvláštním režimem poskytuje péči klientům s demencí, kteří potřebují ve zvýšené míře péči sociální, ošetrovatelskou a rehabilitační. Zdravotní sestry mají ve většině víceletou zkušenost se supervizí. Původní kazuistické zacílení supervize se se změnou supervizora změnilo na kazuistickou supervizi v týmu nyní více s důrazem na organizačními aspekty.

5.5.3 Domov pro seniory č. 3

Poskytuje péči pro 209 klientů, dalších 18 klientů je vedeno v režimu Domova se zvláštním režimem. Vzhledem ke kapacitě se tedy jedná o poměrně velký domov pro seniory. Jeho zřizovatelem je kraj a je situován v podstatě izolovaně mimo blízké obce. Supervizi se účastní staniční i vrchní sestra, supervize probíhají po pracovní době a vede je psychologka.

5.5.4 Domov pro seniory č. 4

Zřizovatelem domova je město menší až střední velikosti, kapacita je 215 míst a to včetně domova se zvláštním režimem pro klienty trpící těžší formou demence. Domov seniorů se nachází na okraji města v blízkosti volné krajiny. Supervize probíhá v mimopracovní době, účast na supervizi je povinná. Supervizi se neúčastní nadřízení pracovníků v přímé péči, supervizi vede partnerský poradce- psycholog, který se podílí i na vzdělávání v supervizi.

5.5.5 Domov pro seniory č. 5

Domov seniorů se nachází samém na okraji většího města, zřizovatelem je kraj a má kapacitu 200 míst. Bezprostředně k Domovu seniorů přiléhá objekt pro chráněné bydlení, kolem obou objektů je poměrně rozsáhlý park. Supervize probíhají v půlročních intervalech, jsou vedeny manželským poradcem- psychologem.

5.5.6 Domov pro seniory č. 6

Zřizovatelem domova pro seniory je Magistrát krajského města. Domov poskytuje péči v režimu Domova se zvláštním režimem osobám, kteří potřebují stálou pomoc a péči jiné osoby. Celková kapacita domova je 225 míst. Domov se nachází v klidnější lokalitě města. Supervize jsou vedeny zkušenou psychologkou, která zároveň studuje supervizi na Fakultě humanitních studií

5.5.7 Domov pro seniory č. 7

Zřizovatelem domova je kraj, kapacita domova je 129 míst, z toho je 49 míst vyčleněno pro Domov se zvláštním režimem. Domov je přistavěn k bývalému loveckému zámečku a nachází se téměř o samotě několik set metrů za vesnicí. Supervize probíhá jednou měsíčně a je vedena partnerskou poradkyní-psychologkou. Účast na supervizích je povinná.

5.5.8 Domov pro seniory č. 8

Zřizovatelem domova je kraj, cílovou skupinou jsou senioři se sníženou soběstačností. Domov se nachází v budově bývalého barokního zámku v malé vesnici, klienti mají k dispozici zámecký park. Kapacita domova je 75 klientů. Supervize probíhá pro převážnou část účastníků v pracovní době- pro ty je povinná, pro ostatní, kteří nejsou ve službě je účast dobrovolná. Supervizor je psycholog- partnerský poradce, věnuje se i vedení vzdělávacích kurzů supervize

5.5.9 Domov pro seniory č. 9

Zřizovatelem domova je Charita, cílovou skupinou jsou senioři se sníženou soběstačností, služba není určena pro osoby s psychiatrickým onemocněním včetně demence. Domov se nachází v malé vesnici v nově postavené budově. Kapacita domova je 47 klientů s možností ubytování v jedno nebo dvoulůžkových pokojích.

Supervize byla zavedena nově v roce 2011, dotazníky byly administrovány po 4 měsících trvání supervize, žádná z respondentek neměla předchozí zkušenost se supervizí. Zacílení supervize je převážně kazuistické, spolu se zdravotními sestrami a sociálními pracovníky se supervizí účastní i vrchní sestra, zdravotničtí pracovníci převažují. Účast na supervizích je povinná. Supervize vede poradkyně

v sociálních službách dokončující studium supervize na Fakultě humanitních studií.

6. Výsledky

6.1 Popisná statistika celého souboru

Dotazníky byly podány celkem 159 zdravotním sestřám, 132 je vyplněné vrátilo, z toho byli 2 muži (1,5 %). Statistickému zpracování bylo podrobena těchto 132 vyplněných dotazníků. Průměrný věk byl $41,9 \pm 8,05$ let v rozmezí od 24- 58 let. Délka praxe byla v rozmezí od 0 do 40 let s průměrem $18,8 \pm 10,09$ let, zkušenost se supervizí se pohybovala od jednorázové měsíční zkušenosti po zkušenost v délce 72 měsíců s průměrnou zkušeností v délce $19,14 \pm 14,1$ měsíců. Z hlediska vzdělání se jednalo o 122 zdravotních sester s maturitou, 8 respondentů mělo vyšší odborné vzdělání a 2 měli vzdělání vysokoškolské. Celkový skór přínosů supervize byl $61,82 \pm 15,87$ bodů, skór ve funkci podpůrné byl $20,45 \pm 5,62$ bodů, ve funkci řídicí $20,85 \pm 5,37$ bodů, ve funkci vzdělávací $20,54 \pm 5,71$ bodů. Skóry přínosů supervize v jednotlivých oblastech i celkově mají normální rozložení. Popisnou statistiku uvádíme v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3: Popisná statistika celého souboru:

	Věk	Délka praxe	Zkušenost	Podpůrná	Řídící	Vzdělávací	Celkově
Počet	132	132	132	132	132	132	132
Minimum	24	0	1	8	8	7	29
Medián	41	18,5	15	20	21	21	61
Maximum	58	40	72	33	31	32	92
Průměr	41,9	18,8	19,14	20,45	20,85	20,54	61,82
Směrodatná odchylka	8,053	10,09	14,1	5,621	5,374	5,711	15,87
Směrodatná chyba	0,7009	0,8781	1,227	0,4892	0,4677	0,4971	1,382
P hodnota	0,0762	P > 0.10	0,0001	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Ano	Ano

(*=0.05)							
P hodnota-závěr	ns	ns	***	ns	ns	ns	ns

6.2 Korelace přínosů supervize v závislosti na délce praxe

Normální rozložení dat dle délky praxe nám umožnilo použít při výpočtu korelace Pearsonovu korelační analýzu. Výsledky uvádíme v tabulce č. 4.

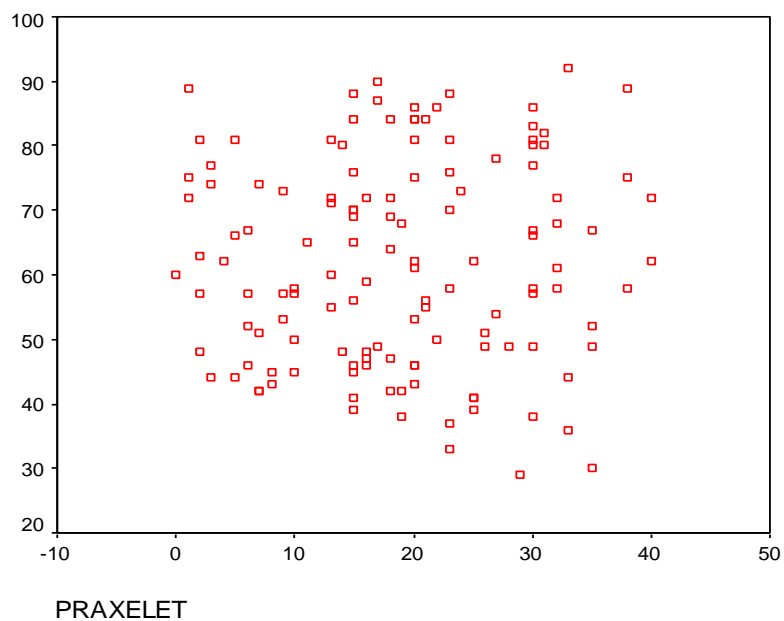
Tabulka č. 4: Korelace přínosů supervize a délky praxe:

Délka praxe a typ sup.	Podporná	Řídící	Vzdělávací	Celkově
Počet XY párů	132	132	132	132
Pearsonovo r	0,06322	-0,01534	0,0318	0,03176
95% interval spolehlivosti	-0.1089 až 0.2316	-0.1858 až 0.1560	-0.1399 až 0.2016	-0.1399 až 0.2016
P hodnota	0,4714	0,8614	0,7174	0,7177
P hodnota- závěr	ns	ns	ns	ns
Je korelace signifikantní? (*=0.05)	Ne	Ne	Ne	Ne

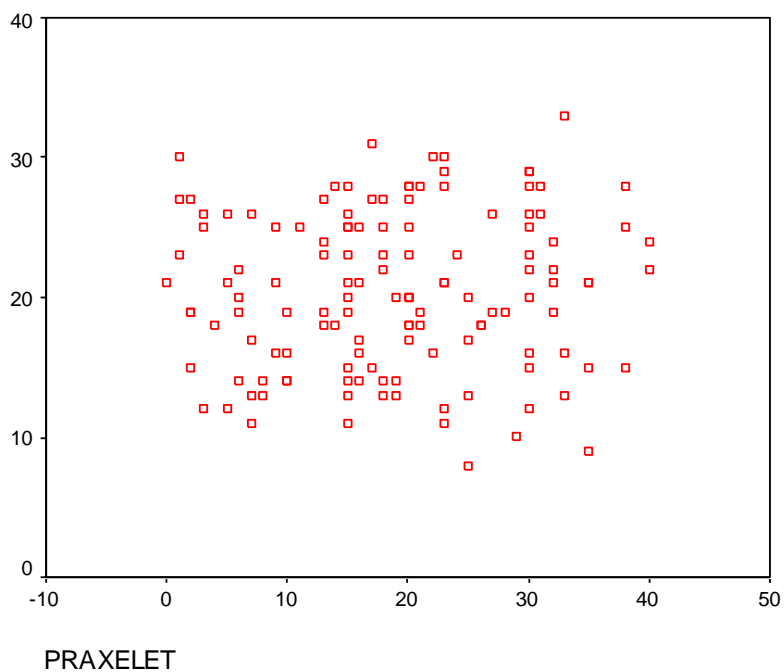
Z výpočtu Pearsonova r vyplývá, že není přítomna žádná korelace mezi délkou praxe a respondenty vnímanými přínosy supervize, a to ani v jednotlivých funkcích supervize, ani v celkovém skóre.

Grafickou distribuci dat uvádíme v následujících grafech:

Graf č. 1: Distribuce celkových skóre (osa y) v závislosti na délce praxe (osa x):



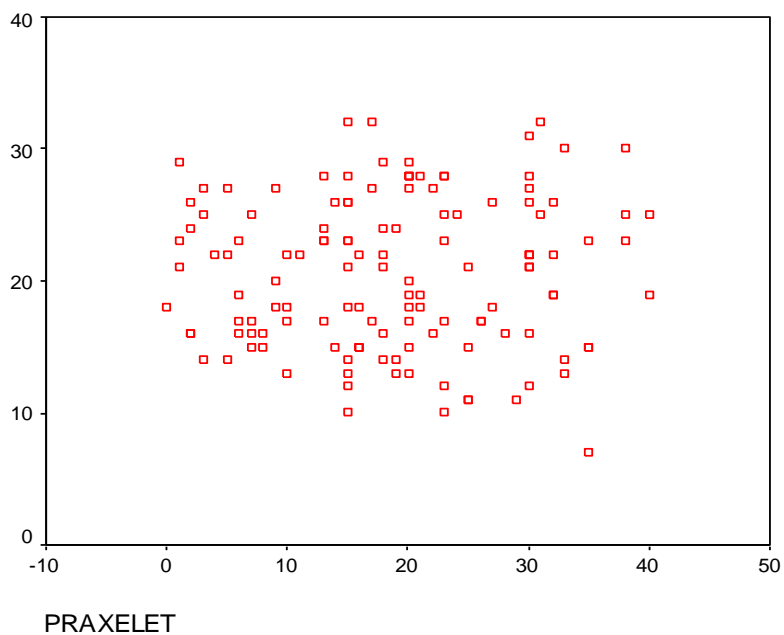
Graf č. 2: Distribuce skóre podpůrné funkce supervize (osa y) v závislosti na délce praxe (osa x)



Graf č. 3: Distribuce skóreů řídicí funkce supervize (osa y) v závislosti na délce praxe (osa x):



Graf č. 4: Distribuce skóreů vzdělávací funkce supervize (osa y) v závislosti na délce praxe (osa x):



Abychom vyloučili možnost statistického zkreslení, použili jsme k doplňkovému statistickému vyhodnocení srovnání ve skupinách rozdělených do intervalů dle délky praxe. Statistické zkreslení by mohlo být způsobeno nerovnoměrnou distribucí dat (například respondenti s nejkratší délkou praxe mohou hodnotit přínosy jako významnější a ti s nejdelší délkou praxe jako nejméně významné, takže v celém souboru může dojít k „zprůměrování“ hodnot). Intervaly byly stanoveny dle délky praxe od 0- 9 let (interval 1, 28 subjektů), 10- 19 let (interval 2, 41 subjektů), 20- 29 let (interval 3, 34 subjektů) a 30- 40 let (interval 4, 29 subjektů).

Popisnou statistiku uvádíme v následujících tabulkách:

Tab. č. 5: Popisná statistika subjektů s praxí 0-9 let:

Délka praxe od 0- 9 let a přínos spvz.	Věk 1	Délka praxe 1	Zkušenost 1	Podpůrná fce 1	Řídící fce 1	Vzdělávací fce 1	Celkový přínos 1
Počet hodnot	28	28	28	28	28	28	28
Minimum	24	0	1	11	13	14	42
Medián	36	5	12	19,5	20	19,5	58,5
Maximum	57	9	36	30	30	29	89
Průměr	34,5	4,786	16,64	19,71	20,54	20,29	60,54
Směrodatná odchylka	8,665	2,767	11,95	5,463	4,803	4,65	13,97
Směrodatná chyba	1,637	0,5229	2,259	1,032	0,9078	0,8787	2,639
P hodnota	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota-závěr	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tab. č. 6: Popisná statistika subjektů s praxí 10-19 let:

Délka praxe 10- 19 let a přínos spvz.	Věk 2	Délka praxe 2	Zkušenost 2	Podpůrná fce 2	Řídící fce 2	Vzdělávací fce 2	Celkový přínos 2
Počet hodnot	41	41	41	41	41	41	41
Minimum	31	10	1	11	12	10	38
Medián	37	15	24	20	20	21	60
Maximum	51	19	72	31	31	32	90
Průměr	40,2	15,12	21,39	20,05	21,05	20,29	61,34
Směrodatná odchylka	6,133	2,532	14,94	5,366	4,827	5,759	15,26
Směrodatná chyba	0,9578	0,3954	2,333	0,8381	0,7538	0,8994	2,383
P hodnota	0,0121	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ne	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota-závěr	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tab. č. 7: Popisná statistika subjektů s praxí 20-29 let:

Délka praxe 20- 29 let a přínos spvz.	Věk 3	Délka praxe 3	Zkušenost 3	Podpůrná fce 3	Řídící fce 3	Vzdělávací fce 3	Celkový přínos 3
Počet hodnot	34	34	34	34	34	34	34
Minimum	38	20	1	8	8	10	29
Medián	41,5	23	12	20	19	18,5	57
Maximum	49	29	60	30	30	29	88
Průměr	41,97	22,79	18,38	20,53	20,06	20,03	60,62
Směrodatná odchylka	3,298	2,694	14,38	5,91	6,518	6,147	17,78

Směrodatná chyba	0,5656	0,4621	2,466	1,013	1,118	1,054	3,049
P hodnota	P > 0.10	P > 0.10	0,0544	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota-závěr	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tab. č. 8: Popisná statistika subjektů s praxí 30-40 let:

Délka praxe 30- 40 let	Věk 4	Délka praxe 4	Zkušenost 4	Podpůrná fce 4	Řídící fce 4	Vzdělávací fce 4	Celkový přínos 4
Počet hodnot	29	29	29	29	29	29	29
Minimum	48	30	1	9	10	7	30
Medián	51	32	18	22	22	22	67
Maximum	58	40	60	33	31	32	92
Průměr	51,38	32,86	19,24	21,62	21,79	21,72	65,14
Směrodatná odchylka	3,519	3,27	14,68	5,876	5,26	6,158	16,45
Směrodatná chyba	0,6536	0,6073	2,726	1,091	0,9768	1,144	3,055
P hodnota	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota-závěr	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Z uvedených průměrů a statistických odchylek vyplývá, že ani na základě intervalového srovnání neexistuje v našem souboru žádná korelace mezi délkou praxe a hodnocenými přínosy supervize.

6.3 Korelace přínosů supervize v závislosti na délce zkušenosti se supervizí

Vzhledem k nenormálnímu rozložení dat dle délky zkušenosti se supervizí jsme při hodnocení použili neparametrické Spearmanovo r. Výsledky uvádíme v tabulce č. 9:

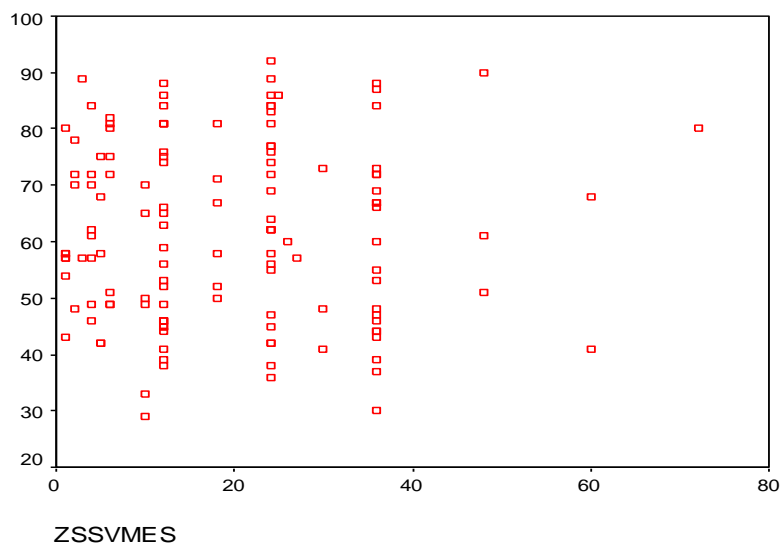
Tab. č. 9: Korelace přínosů supervize a délky supervizní zkušenosti:

Délka zkušenosti a typ spvz.	Podpůrná	Řídící	Vzdělávací	Celkově
Počet XY párů	132	132	132	132
Spearmanovo r	-0,007359	0,04861	-0,006645	-0,00158
95% interval spolehlivosti	-0.1830 až 0.1687	-0.1283 až 0.2226	-0.1823 až 0.1694	-0.1774 až 0.1743
P hodnota	0,9333	0,5799	0,9397	0,9857
P hodnota závěr	ns	ns	ns	ns
Je korelace signifikantní? (*=0.05)	Ne	Ne	Ne	Ne

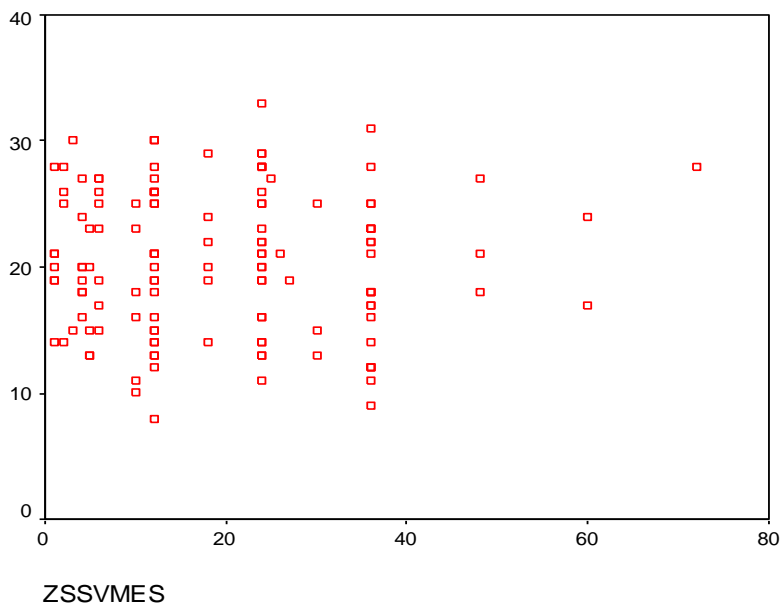
Z výpočtu Spearmanova r vyplývá, že není přítomna žádná korelace mezi délkou zkušenosti se supervizí a respondenty vnímanými přínosy supervize a to ani v jednotlivých funkcích supervize, ani v celkovém skóre.

Grafickou distribuci dat uvádíme v následujících grafech:

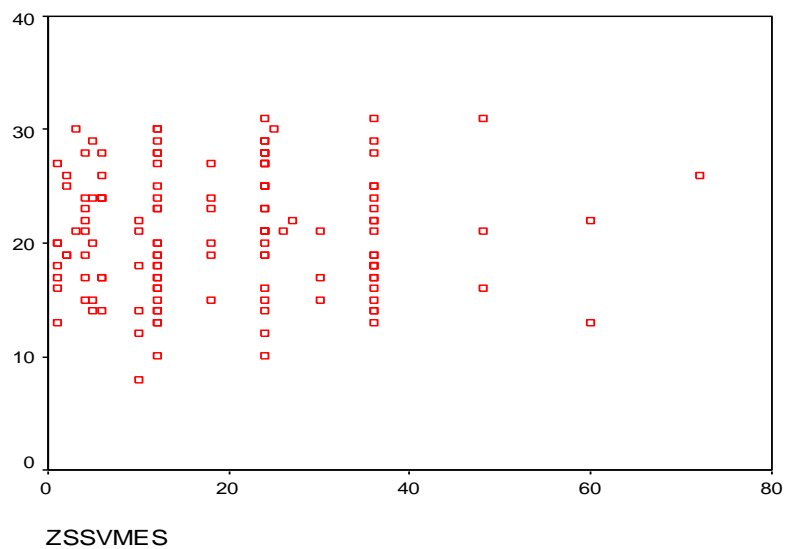
Graf č. 5: Distribuce celkových skóre (osa y) v závislosti na délce zkušenosti se supervizí (osa x):



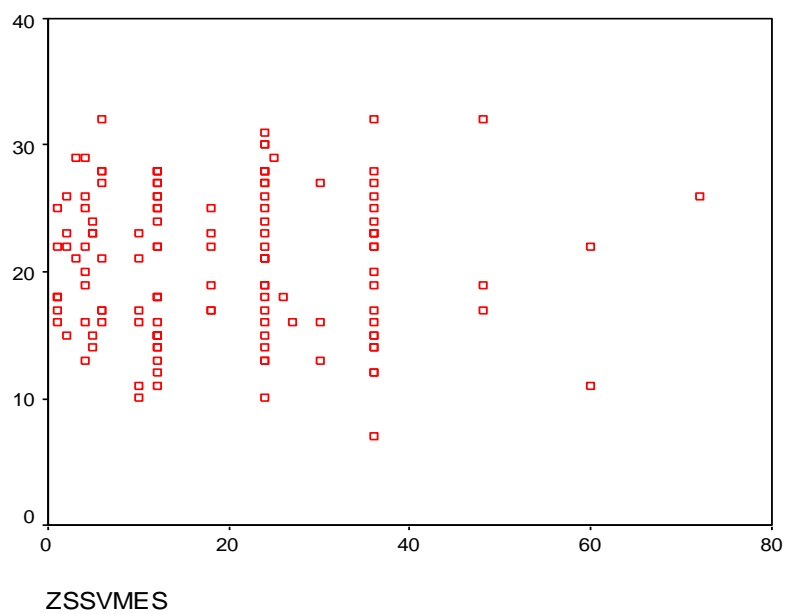
Graf č. 6: Distribuce skóre podpůrné funkce supervize (osa y) v závislosti na délce zkušenosti se supervizí (osa x):



Graf č. 7: Distribuce skóreů řídící funkce supervize (osa y) v závislosti na délce zkušenosti se supervizí (osa x):



Graf č. 8: Distribuce skóreů vzdělávací funkce supervize (osa y) v závislosti na délce zkušenosti se supervizí (osa x):



Stejně jako u zkoumání korelace mezi délkou praxe a přínosy supervize jsme i u délky supervizní zkušenosti doplnili statistiku o intervalové srovnání. Podle délky zkušenosti se supervizí jsme respondenty rozdělili do 3 intervalů: Interval 1 se zkušeností do 12 měsíců (66 subjektů), interval 2 se zkušeností 12-24 měsíců (32 subjektů) a interval 3 se zkušeností nad 24 měsíců (34 subjektů). Nejkratší zkušenost se supervizí byla jednoměsíční, nejdelší pak byla v délce 72 měsíců. Z uvedeného vyplývá, že přesně polovina respondentů měla zkušenost se supervizí v délce do jednoho roku. Popisnou statistiku podle délky supervizní zkušenosti uvádíme v následujících tabulkách:

Tab. č. 10: Popisná statistika subjektů s délkou supervizní zkušenosti do 12 měsíců:

Zkušenost 0- 12 měsíců a přínos supervize	Zkušenost 1	Podpůrná fce 1	Řídící fce 1	Vzdělávací fce 1	Celkový přínos
Počet hodnot	66	66	66	66	66
Minimum	1	8	8	10	29
Medián	6	20	20	20,5	58
Maximum	12	30	30	32	89
Průměr	7,545	20,24	20,26	20,3	60,92
Směrodatná odchylka	4,24	5,555	5,407	5,477	15,36
Směrodatná chyba	0,5219	0,6838	0,6656	0,6742	1,891
P hodnota	0,0006	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ne	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota- závěr	***	ns	ns	ns	ns

Tab. č. 11: Popisná statistika subjektů s délkou supervizní zkušenosti od 12 do 24 měsíců:

Zkušenost 12- 24 měsíců a přínos supervize	Zkušenost 2	Podpůrná fce 2	Řídící fce 2	Vzdělávací fce 2	Celkový přínos 2
Počet hodnot	32	32	32	32	32
Minimum	18	11	10	10	36
Medián	24	21,5	23	21,5	65,5
Maximum	24	33	31	31	92
Průměr	22,88	21,59	22,25	21,53	65,38
Směrodatná odchylka	2,379	5,775	5,388	5,611	16,01
Směrodatná chyba	0,4206	1,021	0,9525	0,9919	2,83
P hodnota	P<0.0001	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ne	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota- závěr	***	ns	ns	ns	ns

Tab. č. 12: Popisná statistika subjektů s délkou supervizní zkušenosti nad 24 měsíců:

Zkušenost nad 24 měsíců a přínos supervize	Zkušenost 3	Podpůrná fce 3	Řídící fce 3	Vzdělávací fce 3	Celkový přínos 3
Počet hodnot	34	34	34	34	34
Minimum	25	9	13	7	30
Medián	36	20	21	19,5	60
Maximum	72	31	31	32	90

Průměr	38,12	19,76	20,68	20,06	60,21
Směrodatná odchylna	9,751	5,609	5,209	6,286	16,68
Směrodatná chyba	1,672	0,9619	0,8934	1,078	2,86
P hodnota	P<0.0001	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ne	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota- závěr	***	ns	ns	ns	ns

Z popisné statistiky jednotlivých podskupin vyplývá, že nejvyšších skóre dosahují respondenti se supervizní zkušeností 12- 24 měsíců vůči ostatním dvěma skupinám. Proto jsme dále přistoupili k přímé jednofaktorové analýze rozptylu jednotlivých skupin navzájem metodou Anova. Výsledky analýzy metodou Anova uvádíme v příloze č. 3.

Jak vyplývá z uvedeného srovnání mezi jednotlivými skupinami, ani v tomto případě není signifikantně významný rozdíl v přínosech supervize v závislosti na délce supervizní zkušenosti.

6.4 Korelace přínosů supervize v závislosti na věku

Nad rámec původních hypotéz jsme vyhodnotili závislost věku vůči přínosům supervize. Normální rozložení dat dle délky praxe nám umožnilo použít při výpočtu korelace Pearsonovu korelační analýzu. Výsledky uvádíme v tabulce č. 13.

Tab. č 13: Korelace přínosů supervize a věku:

Věk a přínos supervize.	Podpůrná fce	Řídící fce	Vzdělávací fce	Celkový přínos
Počet XY párů	29	29	29	29
Pearsonovo r	0,1918	0,2149	0,331	0,2611

95% interval spolehlivosti	-0.1880 až 0.5217	-0.1647 až 0.5390	-0.04054 až 0.6221	-0.1166 až 0.5729
P hodnota	0,3189	0,2629	0,0795	0,1712
P hodnota- závěr	ns	ns	ns	ns
Je korelace signifikantní? (* = 0.05)	Ne	Ne	Ne	Ne

Z výpočtu Pearsonova r (v souladu s našimi očekáváními) vyplývá, že není přítomna žádná korelace mezi věkem zdravotních sester a respondenty vnímanými přínosy supervize a to ani v jednotlivých funkcích supervize, ani v celkovém skóre.

6.5 Vzájemné zastoupení jednotlivých funkcí supervize

K odpovědi na tuto otázku jsme zpracovali následující tabulku č. 14:

Tab. č.14: Celkové skóry jednotlivých funkcí supervize:

Součet skóru	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Podpůrná funkce supervize	132	8	33	20,45	5,62
Řídící funkce supervize.	132	8	31	20,85	5,37
Vzdělávací funkce supervize	132	7	32	20,54	5,71

Je zřejmé, že průměrné přínosy supervize ve všech třech funkcích jsou velmi podobné a tedy můžeme vyvodit, že zastoupení jednotlivých funkcí supervize dle modelu Proctorové je vyvážené.

6.6 Vzájemné srovnání přínosů supervize mezi jednotlivými domovy pro seniory

Nyní se pokusíme zhodnotit kvalitu supervize v jednotlivých domovech pro seniory a tedy zároveň ověřit, je-li zvolený dotazník vhodným nástrojem pro hodnocení efektu supervize. K vzájemnému srovnání jsme přistoupili u 7 domovů z celkem 9 vzhledem k nízkému počtu respondentů u dvou domovů, jež neumožňují statistické vyhodnocení. Hodnotili jsme tyto domovy: Domov č. 1 (13 respondentů), Domov č. 2 (9 respondentů), Domov č. 3 (15 respondentů), Domov č. 4 (16 respondentů), Domov č. 5 (20 respondentů), Domov č. 6 (12 respondentů), Domov č. 7 (36 respondentů). Popisné charakteristiky jednotlivých domovů uvádí následující tabulky:

Tab. č. 15: Popisná statistika- Domov č. 1:

Domov č. 1	Věk	Délka praxe	Zkušenost se spvz.	Podpůrná fce	Řídící fce	Vzdělávací fce	Celkový přínos D
Počet hodnot	13	13	13	13	13	13	13
Minimum	36	5	1	18	14	15	48
Medián	48	15	10	21	21	21	65
Maximum	51	32	48	28	28	28	84
Průměr	45,69	16,69	14,85	21,92	20,85	20,85	63,62
Směrodatná odchylka	5,437	7,772	15,05	3,378	4,543	4,2	11,62
Směrodatná chyba	1,508	2,155	4,174	0,9369	1,26	1,165	3,224
P hodnota	P > 0.10	P > 0.10	0,0918	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota závěr	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tab. č. 16: Popisná statistika- Domov č. 2:

Domov č. 2	Věk	Délka praxe	Zkušenost se spvz.	Podpůrná fce	Řídící fce	Vzdělávací fce	Celkový přínos
Počet hodnot	9	9	9	9	9	9	9
Minimum	30	6	18	16	15	15	47
Medián	46	24	36	22	23	23	67
Maximum	53	35	72	28	26	26	80
Průměr	42,67	22,22	32,67	22,11	21,89	22,11	66,11
Směrodatná odchylka	8,86	10,23	17	3,219	3,887	3,822	10,4
Směrodatná chyba	2,953	3,411	5,667	1,073	1,296	1,274	3,466
P hodnota	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota závěr	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tab. č. 17: Popisná statistika- Domov č. 3:

Domov č. 3	Věk	Délka praxe	Zkušenost se spvz.	Podpůrná fce	Řídící fce	Vzdělávací fce	Celkový přínos
Počet hodnot	15	15	15	15	15	15	15
Minimum	26	7	1	15	17	18	54
Medián	46	27	12	26	25	25	75
Maximum	58	40	60	33	31	32	92

Průměr	45,8	26,93	15,93	24,8	24,53	25,87	75,2
Směrodatná odchylna	9,26	9,098	17,72	4,127	4,015	3,98	10,53
Směrodatná chyba	2,391	2,349	4,575	1,065	1,037	1,028	2,719
P hodnota	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota závěr	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tab. č. 18: Popisná statistika- Domov č. 4:

Domov č. 4	Věk	Délka praxe	Zkušenost se spvz.	Podpůrná fce	Řídící fce	Vzdělávací fce	Celkový přínos
Počet hodnot	16	16	16	16	16	16	16
Minimum	32	8	1	9	13	7	30
Medián	40	22	18	18	18	17	52
Maximum	53	35	60	30	30	28	88
Průměr	40,25	21,38	22,5	18,44	18,25	16,81	53,5
Směrodatná odchylna	4,726	5,976	16,82	5,525	5,273	5,528	15,47
Směrodatná chyba	1,181	1,494	4,204	1,381	1,318	1,382	3,867
P hodnota	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota závěr	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tab. č. 19 : Popisná statistika- Domov č. 5:

Domov č. 5	Věk	Délka praxe	Zkušenost se spvz.	Podpůrná fce	Řídící fce	Vzdělávací fce	Celkový přínos
Počet hodnot	20	20	20	20	20	20	20
Minimum	26	6	2	10	8	10	29
Medián	40,5	20	12	14,5	17	15	47
Maximum	54	35	36	31	29	28	87
Průměr	41,95	21,65	15,15	17,5	18,5	17,65	53,65
Směrodatná odchylka	7,178	8,165	9,56	6,771	6,692	6,133	19,25
Směrodatná chyba	1,605	1,826	2,138	1,514	1,496	1,371	4,304
P hodnota	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	0,063	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota závěr	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tab. č. 20: Popisná statistika- Domov č. 6:

Domov č. 6	Věk	Délka praxe	Zkušenost se spvz.	Podpůrná fce	Řídící fce	Vzdělávací fce	Celkový přínos
Počet hodnot	12	12	12	12	12	12	12
Minimum	24	1	5	16	20	19	58
Medián	34,5	16,5	24	24	25	22,5	73,5
Maximum	58	40	24	29	31	30	89
Průměr	36,92	16,75	19,42	24,08	25,25	22,92	72,25
Směrodatná	12,15	14,05	7,465	4,078	3,646	3,232	9,43

odchylka							
Směrodatná chyba	3,509	4,055	2,155	1,177	1,053	0,933	2,722
P hodnota	P > 0.10	P > 0.10	0,0455	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota závěr	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns

Tab. č. 21: Popisná statistika- Domov č. 7:

Domov č. 7	Věk	Délka praxe	Zkušenost se spvz.	Podpůrná fce	Řídící fce	Vzdělávací fce	Celkový přínos
Počet hodnot	36	36	36	36	36	36	36
Minimum	25	0	3	8	10	11	39
Medián	39	12	24	18,5	19	18	56,5
Maximum	57	32	36	30	31	32	89
Průměr	40,92	12,31	23,56	18,81	20,03	20,11	58,89
Směrodatná odchylka	6,855	8,249	11,31	5,81	4,79	5,908	15,58
Směrodatná chyba	1,143	1,375	1,885	0,9684	0,7983	0,9846	2,597
P hodnota	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10	P > 0.10
Normální rozložení (*=0.05)	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
P hodnota závěr	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Nyní se zaměříme na srovnání vybraných 7 domovů pro seniory pouze v položce celkového skóre. Normální distribuce dat nám umožňuje uskutečnit přímou analýzu jednocestnou metodou ANOVA. Mezi jednotlivými domovy pro seniory je statisticky signifikantní rozdíl v celkovém skóre (ANOVA: $F=5,469$; $df=120$; $p<0,0001$). Pro přehlednost uvádíme v tabulce č. 22 pouze Tukeyho mnohočetnou analýzu, analýzu ANOVA uvádíme v příloze č. 4.

Tab. č. 22: Vzájemné srovnání celkových přínosů ze supervize ve vybraných 7 domovech pro seniory:

Tukeyho mnohočetná analýza	Průměrný rozdíl	q	P hodnota	95% interval spolehlivosti
Celk1 vs celk2	-2,496	0,5594	$P > 0.05$	-21.45 - 16.46
Celk1 vs celk3	-11,58	2,971	$P > 0.05$	-28.15 - 4.979
Celk1 vs celk4	10,12	2,633	$P > 0.05$	-6.207 - 26.44
Celk1 vs celk5	9,965	2,719	$P > 0.05$	-5.608 - 25.54
Celk1 vs celk6	-8,635	2,096	$P > 0.05$	-26.13 - 8.864
Celk1 vs celk7	4,726	1,42	$P > 0.05$	-9.418 - 18.87
Celk2 vs celk3	-9,089	2,095	$P > 0.05$	-27.52 - 9.342
Celk vs celk4	12,61	2,942	$P > 0.05$	-5.602 - 30.82
Celk2 vs celk5	12,46	3,017	$P > 0.05$	-5.084 - 30.01
Celk2 vs celk6	-6,139	1,353	$P > 0.05$	-25.41 - 13.14
Celk2 vs celk7	7,222	1,883	$P > 0.05$	-9.068 - 23.51
Celk3 vs celk4	21,7	5,868	$P < 0.01$	5.990 - 37.41
Celk3 vs celk5	21,55	6,132	$P < 0.001$	6.619 - 36.48
Celk3 vs celk6	2,95	0,7403	$P > 0.05$	-13.98 - 19.88
Celk3 vs celk7	16,31	5,158	$P < 0.01$	2.877 - 29.74
Celk4 vs celk5	-0,15	0,04346	$P > 0.05$	-14.81 - 14.51
Celk4 vs celk6	-18,75	4,772	$P < 0.05$	-35.44 - -2.057
Celk4 vs celk7	-5,389	1,743	$P > 0.05$	-18.52 - 7.745
Celk5 vs celk6	-18,6	4,951	$P < 0.05$	-34.56 - -2.638
Celk5 vs celk7	-5,239	1,826	$P > 0.05$	-17.43 - 6.952
Celk6 vs celk7	13,36	3,896	$P > 0.05$	-1.210 - 27.93

V celkovém skóre se jednotlivé domovy pro seniory mezi sebou statisticky významně liší. Tento rozdíl jde zejména na vrub statisticky významnému rozdílu mezi těmito domovy pro seniory:

- 3 vs 5 ($p < 0,001$)
- 3 vs 4 ($p < 0,01$)
- 3 vs 7 ($p < 0,01$)
- 4 vs 6 ($p < 0,05$)
- 5 vs 6 ($p < 0,05$)

Podobné výsledky jako u celkového skóre se projevily i v jednotlivých funkcích supervize, rovněž při hodnocení Tukeyho mnohočetnou analýzou. Pro přehlednost uvádíme pouze signifikantně významné rozdíly, statistické zpracování je na vyžádání u autora. V případě podpůrné funkce supervize je statisticky významný rozdíl mezi:

- 3 vs 5 ($p < 0,01$)
- 3 vs 7 ($p < 0,01$)
- 3 vs 4 ($p < 0,05$)
- 5 vs 6 ($p < 0,05$)
- 6 vs 7 ($p < 0,05$)

V případě řídicí funkce supervize je statisticky významný rozdíl mezi:

- 3 vs 5 ($p < 0,01$)
- 4 vs 6 ($p < 0,01$)
- 5 vs 6 ($p < 0,01$)
- 3 vs 4 ($p < 0,05$)
- 6 vs 7 ($p < 0,05$)

V případě vzdělávací funkce supervize je statisticky významný rozdíl mezi:

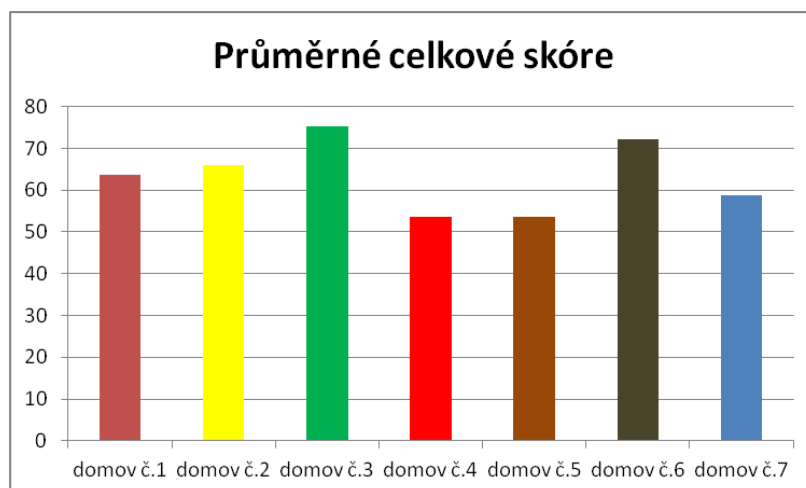
- 3 vs 4 ($p < 0,001$)
- 3 vs 5 ($p < 0,001$)
- 3 vs 7 ($p < 0,01$)
- 4 vs 6 ($p < 0,05$)

Nyní je zřejmé, které domovy pro seniory vykazují při vzájemném srovnání rozdíly v přínosech supervize (tedy přeneseně v kvalitě supervize). Abychom však rozpoznali to, kde jsou přínosy větší, je nutno se vrátit k průměrům skóre. Pro přehlednost uvádíme pouze celkové skóre (tab. č. 23, graf. č. 9) a směrodatné odchylky (tab. č. 23). Pořadí v jednotlivých subskóre jsou identické, proto je dále neuvádíme.

Tab. č. 23: Srovnání hodnocení přínosů supervize- celkové skóre:

Celkové skóre dle domovů	Domov č. 1	Domov č. 2	Domov č. 3	Domov č. 4	Domov č. 5	Domov č. 6	Domov č. 7
Průměr	63,62	66,11	75,2	53,5	53,65	72,25	58,89
Směrodatná odchylka	11,62	10,4	10,53	15,47	19,25	9,43	15,58

Graf č. 9: Celkové skóre přínosů supervize- grafické zobrazení:



Z uvedených dat vyplývá, že přínosy supervize jsou signifikantně vyšší v domovech pro seniory č. 3 a 6, signifikantně nižší jsou vůči těmto dvěma

uvedeným v domovech č. 5, 4, 7. Přeneseně lze odvodit, že kvalita supervize je v domově č. 3 a 6 nadprůměrná, v domově č. 2 a 1 průměrná a v domově č. 5, 4 a 7 spíše podprůměrná.

V rámci statistického hodnocení dat jsme hodnotili rovněž rozdíly mezi jednotlivými sedmi domovy pro seniory v těchto proměnných: věku respondentů (ANOVA, Tukeyho mnohočetný srovnávací test), délce praxe (ANOVA, Tukeyho mnohočetný srovnávací test) a délce supervizní zkušenosti (Kruskal- Wallisův test, Dunnův mnohočetný srovnávací test). Ve všech těchto parametrech nebyly soubory respondentů vzájemně homogenní. Při jednocestné analýze však byly statisticky významné rozdíly pouze ve 4 případech (a to vždy ve vztahu k délce praxe), v ostatních srovnáních nebyly rozdíly statisticky signifikantní.

6.7 Vlastnosti dobrého supervizora

Součástí použitého dotazníku byla otevřená otázka: „Jaké vlastnosti by měl mít dobrý supervizor?“. Získali jsme celkem 105 odpovědí ze 132 vyplněných dotazníků. Odpovědi na tuto otázku jsme obdrželi od všech sester v domovech pro seniory č. 5 (20 z 20) a č. 8 (6 z 6). Nejmenší počet odpovědí byl v domově č. 9 (2 z 5, tedy 40%). Některé odpovědi byly natolik obecné, že z nich nebylo možné získat žádné konkrétní informace (např. „Jak jinak než super“, „Psycholog se vším všudy“, „Dobrý“). Některé odpovědi zahrnovaly několik vlastností. Nejčastěji uváděné charakteristiky dobrého supervizora byly:

- dovednost dobré komunikace (46x) (zahrnuty jsou různé komunikační dovednosti, z nich se na prvním místě objevuje schopnost naslouchání- a to celkem v 15 odpovědích).
- schopnost empatie (21x)
- odborné znalosti a zkušenosti (15x) (např. „Znát problematiku zařízení“, „Měl by znát praxi“, „Odborně zdatný“, „Vzdělaný“).

Méně často kladou respondenti důraz na charakteristiky osobnostní („společenský“, „veselý“, „optimistický“, „smysl pro humor“, „měl by mít rád lidi“) či fyzické („krásný“, „pěkný vzhled“). Soubor odpovědí uvádíme v příloze č. 5.

6.8 Přínosy supervize

Na otázku „Uvedte prosím, v čem spatřujete hlavní přínosy supervize“ jsme získali celkem 64 odpovědí. U 10 respondentů se objevilo tvrzení, že supervize neměla „žádný“ přínos (zahrnuta i odpověď „nic mi to nedalo“ nebo „přínos není v ničem“). Ke zbývajícím 54 výrokům jsme přiřadili označení vyjadřující převážující funkci supervize: Řídící- Ř

Podpůrná- P

Vzdělávací- V

V případě vyváženého zastoupení dvou funkcí supervize bylo přiřazeno označení duální. Konkrétní výroky s přiřazenými funkcemi supervize uvádíme:

- vyříkat si vše v pracovním kolektivu, stanovit další postupy, spolupráce- P, Ř
- výměna zkušeností, rady- V
- týmová spolupráce, více názorů na řešení problému- V
- kolektivní řešení problému, možná diskuze- V
- komunikace v týmu, otevření palčivých témat, naučit se otevřeně hovořit- V
- pomoc při řešení problémů v praxi- Ř
- větší upřímnost kolegyň, větší debata o tématu- V
- zúčastnění dokáží říct věci, které by jindy neřekli- P
- uvolnění, nejsem na problém sama- P
- zkvalitnění prohloubení profesionální dovednosti, profesní růst- Ř
- větší otevřenost, komunikace v týmu, návody, jak postupovat, jak řešit problém- V
- vyventilovat nahlas věci, co člověk cítí, vnímá- P
- odreagování, nové náhledy na problematiku, nové postupy, podpora- V, P
- částečně uvolnění emocí, pokles napětí v kolektivu- P
- říci věc na rovinu- P
- řešení problému s vedením a zachováním mlčenlivosti- V
- uvolnění pocitů- P

- uvolnění prac. stresu, prostor k vyjádření- P
- řešení provozních problémů a vztahů v kolektivu- V
- koordinace vypjaté situace- P
- můžu hovořit o všech problémech,co mě tíží v zaměstnání- P
- seznámení s postupy jak by to mělo být- Ř
- znalosti v oboru- V
- rozšíření kvalifikace, znalosti v oboru- V
- mluví se tam o problémech- P
- získání nadhledu, zvládání zátěžových situací- P
- uvolnění, odreagování od "reality"- P
- aby se pracovníci zbavili stresu- P
- aby se nedostavil syndrom vyhoření- P
- aby nenastal syndrom vyhoření- P
- komunikace, řešení problému- V
- komunikace, řešení problému- V
- rada, jak jednat a zvládat své pocity a schopnost vyjádření- P
- zvládání konfliktních situací v prac. kolektivu i v oblasti péče o klienty- P
- pomoc při výkonu povolání, popřípadě odstranit pochybnosti, zda jednám správně- Ř
- jak se co nejlépe vyjadřovat, nebát se komunikovat o problémech, snažit se o lepší řešení problému- V
- vyřešit určitý problém, poradit, jak jednat, zvládat své pocity- P
- podpora v řešení urč. problému, jeho pozitivní řešení- V
- ujistila jsem se ve své práci, co dělám špatně a co dobře- Ř
- uvolnění problému, že nejsem sama- P
- uvolnění, odreagování, nalezení řešení v různých situacích- P
- sebeuvědomování- P
- zamyšlení se nad jednotlivými problémy- V
- seznámení se s pracovníky z jiných oddělení- P
- supervize mi přináší užitečné rady- Ř
- je to dobrý ventil starostí- P

- významná pomoc od prac. stresu a pomoc při řešení prac. problému, jiný náhled- na problém, posouzení zvenku a poukázání na skutečnosti, které člověk běžně nevidí- P, Ř
- řešení problému týmově- V
- společné posezení 1x/měsíc- P
- umožní se podívat na problém jinýma očima- V
- prostor pro jiný pohled zvenku- V
- sejdeme se všichni- P
- můžu si postěžovat a hledat jiné přístupy- P, V
- možnost si popovídat s kolegy, že něco neumím a dělám špatně- V

V přínosech supervize je nejvíce zastoupena funkce supervize podpůrné v 29 odpovědích (50% odpovědí), vzdělávací v 21 odpovědích (36% odpovědí) a řídicí v 8 odpovědích (14% odpovědí). Tento výsledek je v rozporu s námi provedenou analýzou 21 položkového dotazníku zaměřeného na přínosy supervize, kde na základě statistické analýzy byly jednotlivé funkce ve vyváženém poměru. Jedním z možných vysvětlení je to, že vzorek odpovídajících nebyl reprezentativní- získali jsme odpovědi od 54 z celkem 132 respondentů, kteří vyplnili podrobný dotazník s odpověďmi na Likertově škále. Dalším možným vysvětlením je představa respondentů o supervizi jako o metodě zejména podpory, což se projevuje i ve výběru odpovědí.

6.9 Nevýhody supervize

Odpovědi na otevřenou otázku „V čem spatřujete hlavní nevýhody supervize“ nám nabízí srovnání supervize v jednotlivých domovech pro seniory. V některých zařízeních se objevují odpovědi podobné. V jednom z domovů se například u 4 respondentů objevila odpověď hodnotící negativně nízkou frekvenci supervizí, což by mohla být podnětná zpětná vazba pro organizaci. Celkem jsme získali 35 výroků ze 132 vyplněných dotazníků. V 5 odpovědích se objevuje zklamání z toho, že supervize nenabízí „řešení“. Nejvíce nevýhod skupinové supervize vidí respondenti právě v její skupinové podobě („ve skupině nelze mluvit otevřeně...“, „nerada mluvím před více lidmi“, „bojím se někdy něco

řící“). Významným faktorem kvalitní supervize se na základě těchto výroků jeví vytvoření bezpečného prostředí a pocitu vzájemné důvěry, což je v tomto případě ovlivněno zejména frekvencí supervizí, skladbou účastníků a kvalitami supervizora. Výroky popisující nevýhody supervize z pohledu zdravotních sester ve vybraných domovech pro seniory popisují níže uvedené výroky:

- účast vedení
- nerada hovořím před větším kolektivem
- když se nic nevyřeší
- spolupráce ve skupině, nadřizený pracovník
- čas setkávání po pracovní době
- rozpoutání dalších problémů
- nic konkrétního neřeší
- často se hovoří o ostatních v jejich nepřítomnosti, za zády
- je daleko od teorie (supervizora) do praxe na pracovišti
- to, co bylo řešeno, se v praxi dělat nesmí
- nesmí se to říkat jinde
- ne každý udrží mlčenlivost
- všechna odd. dohromady, každý má jiné problémy, 1x ročně je málo
- malá znalost provozu
- SV nezná provoz, nevhodná skladba účastníků (více odd. pohromadě)
- 1 x za půl roku jsou bez efektu, neznalost chodu odd.
- 1 x za půl roku je málo
- SV probíhá v kolektivu, ale nikoliv jednotlivě
- ve skupinách nikdo neřekne, co ho tíží
- obava říct svůj názor nahlas
- strach mluvit
- neznají problémy z praxe
- supervizorka oznámila "SV problém neřeší", pak to přijde zbytečná ztráta času, osobní problémy a pocity nemám potřebu ventilovat veřejně
- nelze mluvit ve skupině otevřeně o všech problémech

- neřeší problém
- někdy supervizor zasahuje do osobního života
- bylo to pro mě stresující, k supervizorce jsem neměla důvěru
- neřeší problémy
- někdo se neumí otevřít své problémy mezi ostatními
- vadí mi větší počet lidí u SV, nerada mluvím před více lidmi, uvítala bych spíše samostatné konzultace
- bojím se někdy něco říci, aby se to neobrátilo proti mně
- musí být vybraná skupina, nejlépe stejného prac. zařazení, jinak se pracovníci špatně otevřou dané problematice
- supervize by měla být dobrovolná, neměla by být v době volna
- někdy se bojím, jestli proti mně někdo něco nepoužije v prac. životě
- ztráta času

6.10 Reliabilita zvoleného dotazníku

Reliabilita vyjadřuje, do jaké míry je měření konzistentní, spolehlivé. Umožňuje nám kvantifikovat chybu měřicího nástroje (dotazníku). Podle definice (Kreidl in Krejčí, 2004, str. 87): "Rozumějme reliabilitou přesnost, konzistentnost měření, tj. schopnost dosáhnout stejného výsledku měření v případě, že se stav pozorovaného předmětu nezměnil, a validitou schopnost měřit koncept, který skutečně zamýšlíme měřit."

Výpočtem vnitřní reliability dotazníku bychom rádi získali odpovědi na tyto otázky: Je zvolený dotazník dostatečně spolehlivý? Je spolehlivý v jednotlivých funkcích supervize? Je počet 21 otázek optimální ve vztahu k validitě a reliabilitě dotazníku?

V našem případě se jedná o mezipoložkovou reliabilitu (Schubert, 2010), k jejímuž výpočtu jsme použili koeficient Cronbachova alfa podle následujícího vzorce:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right),$$

k je počet položek (tedy 7 pro jednotlivé funkce, případně 21 pro výpočet celkové reliability), i je pořadí jednotlivé položky (tedy nabývá hodnoty 1-7, případně 1-21), σ_i^2 je rozptyl i -té položky a σ_t^2 je rozptyl celého testu. Hodnoty Cronbachova alfa uvádíme v tabulce č. 24.

Tab. č. 24: Cronbachovo alfa:

	Cronbachovo α
Podpůrná funkce (otázky č. 1,2,5,8,9,10,18)	0,92
Řídící funkce (otázky č. 3,11,12,13,15,16,21)	0,89
Vzdělávací funkce (otázky č. 4,6,7,14,17,19,20)	0,92
Celkově (otázky 1-21)	0,97

Za dostatečnou hodnotu reliability pokládáme zvykovou hodnotu 0,7 (Schubert, 2010). Z námi vypočtených hodnot reliability vyplývá, že je ve všech kategoriích vysoká a tedy je vysoká i hodnověrnost dotazníku. Odhadování reliability baterie silně závisí na počtu zkoumaných položek. Zvyková hodnota 0,7 je proto problematická a měla by být posuzována s ohledem na počet položek baterie. Je třeba si uvědomit, že dostatečně vysoká reliability je nutnou podmínkou dobré validity měření, vysoká reliability však ještě nezaručuje dobrou validitu (Soukup 2006).

Vzhledem k tomu, že v našem případě je reliability vysoká jak v jednotlivých funkcích, tak i celkově, zdá se, že rozdělení do jednotlivých funkcí supervize je zbytečné- ve všech položkách měříme shodně jednu měřenou vlastnost a tou je přínos supervize. Při takto vysoké hodnotě reliability se jeví jako zbytečné administrovat všech 21 položek a zřejmě by postačovala kratší verze dotazníku. Při zpracování dat pro výpočet Cronbachova alfa jsme získali statistická data k jednotlivým položkám (otázkám) dotazníku. Tyto data, uvedené v tab. č. 25, (rozptyl, rozložení četností odpovědí na Likertově škále, střední hodnota) je možné dále využít k analýze jednotlivých otázek pro případ konstruování kratší verze dotazníku. Pozornost zasluhuje např. otázka číslo 13: „O choulostivých/problémových otázkách se mi hovoří lépe v supervizi než v jiných typech setkávání/vzdělávání“. Tato otázka má nejnižší střední hodnotu (průměr), odpovědi jsou polarizované- jsou zde dva vrcholy v rozložení odpovědí na Likertově škále (jeden vrchol je odpověď „nesouhlasím“ v 43 případech a druhý

vrchol „souhlasím“ v 36 případech) a zároveň mají odpovědi největší rozptyl. Tato otázka reflektuje bezpečnou atmosféru v supervizi, což je zároveň téma objevující se opakovaně i v psaných komentářích respondentů. Podrobná analýza jednotlivých odpovědí by již přesahovala rámec této diplomové práce, proto v ní pokračovat nebudeme.

Tab. č. 25: Popisná statistika jednotlivých otázek dotazníku:

Ot.	Rozptyl σ^2	Četnost odp. č. 1	Četnost odp. č. 2	Četnost odp. č. 3	Četnost odp. č. 4	Četnost odp. č. 5	Průměr
1	0,8	5	33	54	37	3	3
2	0,9	3	27	33	61	8	3,3
3	1,1	11	35	40	41	5	3
4	0,8	10	37	54	29	2	2,8
5	1,1	12	47	32	37	4	2,8
6	1,1	10	47	29	41	5	2,9
7	0,9	6	44	41	38	3	2,9
8	0,9	12	44	44	29	3	2,6
9	1	8	41	39	38	6	2,9
10	1	9	49	36	32	6	2,8
11	0,9	6	40	48	37	1	2,9
12	0,9	9	47	44	29	3	2,8
13	1,3	21	43	26	36	6	2,7
14	0,9	6	44	36	44	2	2,9
15	0,8	4	24	43	57	4	3,3
16	1,1	5	33	43	38	13	3,2
17	1,0	5	37	39	43	8	3,1
18	1,0	8	35	42	43	4	3
19	0,9	6	51	39	32	4	2,8
20	1	7	40	36	44	5	3
21	1	5	33	41	45	8	3,1

7. Diskuse

V diskusi shrnuji a interpretuji výsledky výzkumu, zamýšlím se nad jeho limity a přínosem pro praxi.

7.1 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Na základě statistického zpracování jsme zjistili, že sledované zdravotní sestry profitují ze supervize rovnoměrně ve všech jejích složkách. Všechny subskóry i skóre celkové měly normální Gaussovo rozložení (viz tab. č. 3). Výpočtem vnitřní reliability, jež je vysoká ve všech oblastech dotazníku jsme došli k závěru, že dotazník měří primárně jeden faktor a tím je samotné hodnocení přínosů supervize

Dle skóre byl nejvíce hodnocen přínos supervize ve složce řídicí (normativní). Tento výsledek je v rozporu s volným vyjádřením respondentů v odpovědi na otázku „V čem spatřujete hlavní přínosy supervize?“ V těchto komentářích se na prvním místě umístila funkce podpůrná (restorativní) a to s výraznou převahou oproti funkci vzdělávací (formativní) a řídicí (normativní). Snad je tomu tak proto, protože zdravotní sestry mohou mít představu o supervizi zejména jako o formě emoční podpory a metodě prevence syndromu vyhoření, a to se pak promítá do volných komentářů. Zkreslení může být způsobeno i nereprezentativním vzorkem respondérů- dotazníky byly distribuovány 159 zdravotním sestřím, 132 respondentek dotazník vyplnilo,. K otázce stran přínosů supervize se vyjádřilo pouze 54 respondentů. Navíc, jak jsme uvedli výše, samotné rozdělení položek dotazníku dle funkcí supervize se zdá být diskutabilní.

V pohledu na schopnosti dobrého supervizora respondenti hodnotí na prvních místech komunikační schopnosti, schopnost empatie a odborné znalosti a zkušenosti. Je pochopitelné, že zdravotní sestry mohou jen obtížně reflektovat méně zjevné schopnosti supervizora, jako je například schopnost pracovat s vlastní sebereflexí či rozpoznání mocenských aspektů v práci se skupinou. V souladu s autory, kteří se potřebnými schopnostmi supervizora zabývají, cítíme potřebu zdůraznit jako nutnou výbavu supervizora schopnost podpořit reflexi supervidovaných (Bond, Holland, 2010, str. 97), schopnost vidět situaci z různých úhlů pohledu (Hawkins, Shohet, 2004, str. 52) či podle Sedlákové (2009, str. 17)

je to schopnost sebereflexe, opět schopnost podpořit reflexi druhých a schopnost vidět události v širších souvislostech.

Očekávali jsme, že s délkou praxe zdravotní sestry bude efekt supervize méně významný. Tato alternativní hypotéza potvrzena nebyla. Naše zjištění jsou v rozporu s výsledky studie N. Bowlese a CH. Young (1999). V této studii přínosy supervize klesaly v závislosti na délce praxe, a to jak v celkovém skóre, tak i v podpůrné a vzdělávacích funkcích supervize. Naopak v případě řídicí funkce autoři prokázali pozitivní korelaci v závislosti na délce praxe. Toto zjištění (které jsme nepotvrdili) znamená, že méně zkušení pracovníci profitují více z vzdělávací a podpůrné funkce supervize, zatímco zkušenější profitují více z funkce řídicí. Při úvaze nad vztahem mezi délkou praxe a potřebami supervize bychom očekávali, že méně zkušení pracovníci budou potřebovat větší míru řízení a zaměření na kvalitu práce (tedy funkci řídicí), zatímco zkušenější budou potřebovat větší míru emoční podpory jako prevenci emočního vyčerpání v důsledku dlouhodobého výkonu povolání, tedy funkci podpůrnou. Dle našich výsledků nemá délka praxe žádný vliv na míru přínosů supervize, je stejná u zdravotních sester s praxí nejkratší i nejdelší a to i při přímém srovnání po skupinách dle délky praxe v intervalech po 10 letech.

Naše závěry nepotvrdily žádnou korelaci přínosů supervize na délce supervizní zkušenosti. Metodologickým nedostatkem se zdá být zohlednění pouze délky supervizní zkušenosti, ale nikoli její frekvence. V jednom z domovů pro seniory je například průměrná délka supervizní zkušenosti 15 měsíců, což je výrazně více než v některých dalších sledovaných domovech (např. 4 resp. 6 měsíců). Při analýze dalších dat však zjistíme, že supervize v tomto domově probíhají pouze v intervalech 2 x ročně, což je jistě frekvence nedostatečná a toto zjištění je i v souladu s hodnocením supervize respondenty. Tento domov pro seniory, kde supervize probíhají v takto nízké frekvenci, dosáhl výrazně podprůměrného skóre přínosů supervize ve srovnání s celkovým průměrným skóre ze všech domovů pro seniory (dohromady), takže frekvence supervizí je zřejmě významnějším prediktivním faktorem efektu supervize než celková délka trvání supervizní zkušenosti. To, že přínosy supervize vzrůstají ve vztahu k délce supervizní zkušenosti potvrzuje Bowles, Young (1999). Na základě těchto výsledků Bowles a Young vyvozují, že schopnost mít ze supervize větší prospěch se rozvíjí díky opakované zkušenosti se supervizí.

Jedním z cílů naší práce bylo ověření zvoleného dotazníku jako nástroje hodnocení kvality supervize. Již při prostém porovnání jednotlivých domovů na základě průměrů bodových součtů z použité Likertovy škály jsou zřejmé poměrně výrazné rozdíly. Proto jsme v dalším statistickém hodnocení porovnali jednotlivé domovy s více než devíti respondenty mezi sebou. Analýza potvrdila statisticky signifikantní rozdíly v efektu přijímané supervize. Pokud výsledky bodového hodnocení doplníme s psanými komentáři zdravotních sester ohledně přínosů a nevýhod supervize, získáme vypovídající obraz nejen o jejich postojích k supervizi, ale i o atmosféře v organizaci, překážkách v supervizi či kvalitách supervizora. Proč jsou rozdíly v kvalitě supervize takto významné by mohlo být tématem pro další výzkum, nicméně rozvíjení tohoto tématu by bylo jak mimo rámec této diplomové práce, tak by naráželo i na etické aspekty ve vztahu k jednotlivým domovům pro seniory, jež nebyly informovány o tomto výzkumném cíli.

Použití dotazníku, který je adaptací anglického originálu (Bowles, Young, 1999) nám umožňuje srovnání s výsledky autorů. Jejich soubor zdravotních sester byl tvořen 158 respondenty (naš 132), z hlediska délky praxe jsou oba soubory zcela srovnatelné- od 1 měsíce do 40 let (shodně), s průměrnou délkou praxe 18 let a 4 měsíce vs. 18 let a 7 měsíců v našem souboru. Z hlediska supervizní zkušenosti byly anglické sestry celkově zkušenější- měly zkušenost se supervizí v délce od 6 měsíců do 3 let, v našem případě od 1 měsíce do 6 let a celá polovina (66) našich zdravotních sester měla zkušenost se supervizí v délce do 12 měsíců. Nyní si uvedeme srovnání v jednotlivých skórech hodnocení efektu supervize: celkové skóre 75,9 bodů (Anglie) vs 61,8 bodů, vzdělávací přínos 25,91 bodů (Anglie) vs 20,54 bodů, řídicí 26,04 bodů (Anglie) vs 20,85 bodů, podpůrná 23,94 bodů (Anglie) vs 20,45 bodů. Anglické zdravotní sestry tedy hodnotí přínosy supervize vysoce pozitivněji nežli zdravotní sestry v našem souboru a to konzistentně ve všech funkcích. Anglickým výsledkům se blíží pouze naše dva „nejlepší“ domovy pro seniory a to Podlesí (75,2 bodů) a Brno (73,5 bodů). Je nutno uvést, že náš dotazník je pouze volným překladem anglického originálu, převod tedy nebyl proveden v souladu s pravidly pro převod do jiného jazykového a kulturního prostředí včetně zpětného překladu.

7.2 Limity studie

Limitem studie se zdá být heterogenita rozdílných domovů pro seniory, což může vést k několika typům nežádoucích proměnných: rozdílní supervizoři (v tomto výzkumu se na supervizi podílelo 6 různých supervizorů v 9 domovech pro seniory), rozdílná kultura organizací v jednotlivých domovech pro seniory daná např. velikostí, místními podmínkami, historií, typem zřizovatele, sdružením domova pro seniory s domovem se zvláštním režimem, typem klientely, frekvencí supervizí, podmínkami účasti na supervizi apod..

Dalším limitem studie je samotné rozdělení přínosů supervize do tří funkcí (vzdělávací, řídicí, podpůrná). Určitá míra překrývání se je nevyhnutelná. Navíc se na základě výpočtu vnitřní reliability zdá, že dotazník i přes rozdělení do 3 oblastí měří vždy „pouze“ celkový přínos supervize.

7.3 Praktické využití

Naše původní představy o využití výzkumu byly: 1. na základě výsledků výzkumu bude možné do jisté míry přizpůsobit obsah a zaměření supervizí složení účastníků a 2. v případě omezených možností nabídky supervize bude možné při výběru supervidovaných zohlednit výběr podle toho, kteří účastníci z ní budou nejvíce profitovat. Tyto předpoklady nejsou na základě našich výsledků naplnitelné, jelikož jsme statistickou analýzou zjistili, že není signifikantně významný rozdíl mezi supervizanty s delší praxí nebo delší zkušeností se supervizí.

Na základě srovnání jednotlivých domovů pro seniory se ukázalo, že první část použitého dotazníku (21 otázek s odpověďmi na Likertově škále), doplněná o 2-3 otevřené otázky je vhodným nástrojem hodnocení efektu supervize. Čím jsou rozdíly mezi jednotlivými domovy pro seniory způsobeny (je-li to kvalitou supervizora, motivací k supervizi, kontraktem, kulturou organizace, frekvencí supervize či něčím jiným) nevíme. Zjištění důvodů rozdílného hodnocení supervizí by mohlo být tématem pro další výzkum. Zároveň platí, že rozdělení otázek dotazníku dle funkcí supervize je v běžné praxi zbytečné. Některé otázky dotazníku by bylo možno vyloučit i při zachování dobré validity měřicí hodnocení přínosů supervize a zároveň při zachování vysoké reliability. Takováto

optimalizace dotazníku by mohla být rovněž dalším výzkumným cílem do budoucna.

8. Závěr

V závěru se vyjádříme k naplnění původních cílů výzkumu. Efekt supervize vyjádřený hodnocením přínosů supervize zdravotními sestrami není ovlivněn ani délkou praxe zdravotních sester, ani délkou zkušenosti se supervizí, ani věkem. Na základě kvantitativní analýzy dat byly všechny funkce supervize zastoupeny vyváženě (nikoli však při analýze psaných komentářů). Důležitými vlastnostmi dobrého supervizora jsou dle respondentek zejména dovednost dobré komunikace, schopnost empatie a odborné znalosti a zkušenosti. Zvolený dotazník dobře vystihuje hodnocení přínosů supervize z pohledu respondentek-distribuce výsledků jak v jednotlivých funkcích, tak celkově a i při srovnání vybraných 7 domovů pro seniory mělo rozložení normální a rozdíly v hodnocení mezi jednotlivými domovy byly významné. Při výpočtu vnitřní reliability pomocí Cronbachovo alfa jsme došli k závěru, že dělení otázek dle funkcí supervize není opodstatněné, neboť všechny položky měří primárně jeden faktor a tím je hodnocení supervize. Vysoká hodnota Cronbachovo alfa naznačuje, že počet 21 položek dotazníku je nadbytečný a bylo by zřejmě možné dotazník optimalizovat na počet 15 ti položek.

9. Literatura

1. Bartoš, A., Hasalíková, M., (2010): Poznejte demenci správně a včas- příručka pro klinickou praxi: Praha, Mladá fronta
2. Bartošíková, I. (2006): O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry: Brno, NCO NZO
3. Bégat, I., B. E., Severinsson, E., I., Berggren, I. N. (1997): Implementation of clinical supervision in a medical department: nurses' views of the effects. *J Clin Nurs*, 6, 389- 394
4. Berg, A., Hansson, W., Hallberg, I.R. (1994): Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparison between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *J Adv Nurs*, 20(4): 742- 749
5. Berg, A., Hallberg, I.,R. (1999): Effects of systematic clinical supervision on psychiatric nurses sence of coherence, creativity, work relation strain, job satisfaction and view of the effects from clinical supervision: a pre-post test design. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 6(5): 371-381
6. Bond, M., Holland, S. (2010): Skills of clinical supervision for nurses: A Practical Guide for Supervisees, Clinical Supervisors and Managers. Berkshire. Open University Press
7. Bowles, N., Young, Ch. (1999): An evaluative study of clinical supervision based on Proctor's three function interactive model. *J Adv Nurs*, 30(4): 958- 964
8. Brunero, S., Stein- Parbury J. (2008): The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Austr. J Adv Nurs*, 25(3): 86- 94
9. Butterworth, T., Bishop, V., Carson, J. (1996): First steps towards evaluating clinical supervision in nursing and health visiting. 1. Theory, policy and practice development. *J Clin Nurs*, 5: 127- 132
10. Butterworth, T., Carson, J., Jeacock, J., White, E., Clements, A. (1999): Stress, coping, burnout and job satisfaction in british nurses: Findings from the clinical supervision evaluation project. *Stress med* 15, 27- 33

11. Butterworth, T., Faugier, J., Burnard, P. (1998): Clinical supervision and mentorship in nursing: London. Stanley Thorns Ltd.
12. Český institut pro supervizi. Dostupné z: <www.supervize.eu>. 8.8.2011
13. Disman, M.: Jak se vyrábí sociologická znalost (2002): Praha, Karolinum.
14. Evropská asociace pro supervizi. Dostupné z: <www.supervision-eas.org>. 15.9.2011
15. Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T., Fothergil, A., Covle, D. (2006): Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *J Clin Nurs*, 15(8): 1007- 15
16. Gabrysz, A. (2007): Povinná supervize. Dostupné z <<http://supervizor.cz/kazuistiky>>. 29.10.2011
17. Gordon, M.L. (2000): Clinical Supervision: A Concept Analysis. *J Adv Nurs*, 31: 722-729
18. Hájek, K.: Práce s emocemi v pomáhajících profesích (2007): Praha, Portál.
19. Hajný, M. (2004): Pasti případové supervize v týmu. Dostupné z: <<http://martin.hajny.net/text/15/pasti-p237padov233-supervize-v-t253mu>>. 2.10.2011
20. Hallberg, R., I., Norberg, A.(1993): Strain among nurses and their emotional reactions during 1 year of systematic clinical supervision combined with the implementation of individualized care in dementia nursing. *J Adv Nurs*, 18, 1860- 1875
21. Haškovcová, H.: Lékařská etika (2002): Praha, Galén.
22. Havrdová, Z.: Kompetence v praxi sociální práce (1999): Praha, Osmium.
23. Havrdová, Z., Hajný, M. et al. (2008): Praktická supervize. Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. Praha: Galén
24. Hawkins, P., Shohet, R. (2004): Supervize v pomáhajících profesích. Praha, Portál
25. Hendl, J. (2005): Kvalitativní výzkum, Praha, Portál.
26. Hess, A.K. (ed.) (1980): Psychotherapy Supervision: Theory, Research and Practice. New York: Wiley

27. Hyrkäs, K., Paunonen- Ilmonen, M. (2001): The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *J Adv Nurs*, 33(4): 492- 502
28. Kadushin, A. (1976): *Supervision in social work*. New York: Columbia University Press
29. Kadushin, A., Harkness, D. (2002): *Supervision in social work*. New York: Columbia University Press
30. Katedra řízení a supervize Fakulty humanitních studií. Dostupné na: <http://www.fhs.cuni.cz/supervize>
31. Keclíková, E. (2007): *Péče o seniory s Alzheimerovou chorobou a jejich rodiny v okrese Vsetín*. Bakalářská práce. Olomouc: Filozofická fakulta UP v Olomouci
32. Keclíková, H. (2010): *Problémy sester- možnosti klinické supervize v ošetrovatelství*. Bakalářská práce. Olomouc: Fakulta zdravotnických věd UP v Olomouci
33. Kopřiva, K. (2006): *Lidský vztah jako součást profese*. Praha, Portál.
34. Krejčí, J. (ed.) (2004): *Kvalita výzkumů volebních preferencí*. Praha: Sociologický ústav AV ČR
35. Marková, M.(2010): *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha, Grada.
36. Maslach Ch., Jackson, S.E. (1986): *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd ed., Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
37. McCarney, R., Warner, J., Iiffe, S., van Haselen, R., Griffin, M., Fisher, P. (2007): The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Med Res Methodol* 7:30
38. MPSV (2009): *Standardy kvality sociálních služeb*. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>. 4.10.2011
39. Nursing and Midwifery Council (NMC). *Nursing and midwifery council* (2011). Dostupné z: <http://www.nmc-uk.org>. 10.4.2011
40. Orel, M. (2011): *Komunikace s člověkem s demencí z pohledu psychiatra a psychologa*. III. konference Diakonie ČCE *Komunikace s lidmi s demencí*. 18.10.2011. Valašské Meziříčí
41. Power, S. (1999): *Nursing Supervision. A guide for Clinical Practice*. London: Sage Publications Ltd.

42. Proctor, B. (1988): Supervision: A co-operative exercise in accountability. In Marken, M., Payne, M. (eds.): Enabling and Ensuring: Supervision in Practice, Leicester, National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work, pp. 21- 34
43. Remedium, o.s.. Dostupné z: <www.remedium.cz>. 30.10.2011
44. Řeháková, J. (2005): Role supervize v podpoře staničních sester. Magisterská práce. Praha: Fakulta humanitních studií UK v Praze
45. Sbírka zákonů (2004): Vyhláška č. 424/2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Praha: Ministerstvo zdravotnictví
46. Sbírka zákonů (2006): Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí
47. Sedláková, D. (2009): Potřeba supervize zdravotnických pracovníků na jednotkách intenzivní péče. Magisterská práce. Praha. 1 LF UK v Praze
48. Schubert, J. (2010): Klasická testová teorie reliability v metodologii výběrových šetření. Dostupné z: <<http://dav.soc.cas.cz/issue/3-data-a-vyzkum-2-2010/7>>. 25.10.2011
49. Sloan, G. (1999): Good characteristics of a clinical supervisor: a community mental health nurse perspective. J Adv Nurs, 30 (3): 713- 722
50. Slováková, H. (2008): Vliv supervize na představy pracovníků o práci s klienty. Magisterská diplomová práce. Brno: Fakulta sociálních studií MU v Brně
51. Soukup, P. (2006): Čím větší, tím lepší (aneb mýty o reliabilitě). *Socioweb* Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php?-disp=teorie&shw=242&lst=112>. 25.10.2011
52. Šimek, A. (2000): Supervize je u nás stále nová. Psychoterapeutické sešity 2/2000. Praha
53. Šimek, A. (2002): Historie supervize v ČR. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/historie_sv_cr.pdf>. 1.9.2011
54. Šupková, J. (2011): Využití supervize jako profesionální podpory pro zdravotní sestry v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Diplomová práce. Praha: FHS UK v Praze

55. Teasdale, K., Brocklehurst, N., Thom, N. (2000): Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. *J Adv Nurs*, 33(2): 216-224
56. Zavádění standardů kvality sociálních služeb (2002). Praha. MPSV. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>>. 1.11.2011
57. Zavázalová, H. (2001): Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum
58. Veeramah, V. (2002): The benefits of using clinical supervision. *Ment Health Nurs*, 22, 18- 23
59. Vohralíková, L., Rabušič, L. (2004): Čeští senioři včera, dnes a zítra. Brno. VÚPSV. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf>. 10.4.2011
60. Walsh, K., Nicholson, J., Keough, C., Pridham, R., Kramer, M., Jeffrey, J. (2003): Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. *Int J Nurs Pract*, 9, 33-39
61. White, E., Butterworth, T., Bishop, V., Carson, J., Jeacock, J., Clements, A. (1998): Clinical supervision: insider reports of a private world. *J Adv Nurs*, 28(1), 185- 192