

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Využití supervize ve zdravotnických zařízeních**

Diplomová práce

**Vedoucí práce:**

doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

**Autor:**

Bc. Bohumila Zetková

**17. 8. 2011**

## **Abstract**

There are basic concepts relating to the presented topic, such as supervision and health care institutions, explained in the theoretical part of this master thesis.

In its practical part, there are results of the research undertaken by means of a questionnaire survey and amended by two half-standardized interviews in the end. The questionnaires were sent to health care institutions to the regions of Zlin and South Bohemia. Interviews were done with managers of health care institutions, one in the region of Zlin and the other in the region of South Bohemia. The target of research was to find out if supervisions are really provided in health care institutions in the regions of Zlin and South Bohemia. The partial target of research was to map occurrence of supervision used individual types of health care institutions (in the two mentioned region of Czech Republic).

There are two hypotheses stated in the thesis. Hypothesis no. 1 is determined in the following way: "Supervision is more often used in the region of Zlin than in the region of South Bohemia". Hypothesis no. 2 is: "Supervision is more often is ordered by a manager and regarded as a duty than prevention of a "burnout" by nurses. Neither of the hypotheses is proved.

I will be very pleased if the thesis provokes a few people at least to think about issues of supervision in health care institutions. Further, the thesis can serve as study material for students studying the field of health services. And last but not least, the thesis could serve as an initial impulse to perform other researches in the field of supervision in health care institutions in other regions.

## **Abstrakt**

V teoretické části této diplomové práce jsou vysvětleny základní pojmy vztahující se k danému tématu, jako jsou supervize a zdravotnická zařízení.

V její praktické části jsou prezentovány výsledky výzkumu, který byl proveden pomocí dotazníkového šetření a nakonec doplněn o dva polostandardizované rozhovory. Dotazníky byly rozeslány do zdravotnických zařízení Zlínského a Jihočeského kraje. Rozhovory byly provedeny s vedoucími pracovníky zdravotnických zařízení, jeden ve Zlínském kraji a jeden v Jihočeském kraji. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda skutečně dochází k provádění supervizí ve zdravotnických zařízeních Jihočeského a Zlínského kraje. Dílčím cílem výzkumu bylo zmapovat četnost využití supervize v jednotlivých typech zdravotnických zařízení (ve dvou výše zmíněných krajích České republiky).

Práce měla stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza č.1 byla stanovena takto: „Ve zdravotnických zařízeních Zlínského kraje je supervize častěji využívána než v Jihočeském kraji.“ Hypotéza č.2 zněla: „Častěji je supervize nařízena vedoucím pracovníkem a chápána zdravotními sestrami jako povinnost než jako prevence syndromu vyhoření“. Ani jedna ze stanovených hypotéz se nepotvrdila.

Jestliže tato práce přiměje alespoň pár lidí k zamyšlení se nad problematikou supervize ve zdravotnických zařízeních, budu velmi ráda. Dále může posloužit jako studijní materiál pro studenty, vzdělávající se v oblasti zdravotnictví. A v neposlední řadě by mohla posloužit i jako počáteční impuls k provedení dalších výzkumů z oblasti supervize ve zdravotnických zařízeních v jiných krajích.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Využití supervize ve zdravotnických zařízeních vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své DP, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů

V Českých Budějovicích dne .....

.....

Podpis studenta

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D., za vedení mé diplomové práce, za vstřícnost, pomoc a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za všestrannou podporu po celou dobu mého studia.

## Obsah

Úvod .....	9
<b>1.SOUČASNÝ STAV</b> .....	11
<b>1.1 Vymezení pojmů</b> .....	11
<b>1.2 Historie supervize v zahraničí</b> .....	13
1.2.1 Historie supervize ve zdravotnictví .....	14
<b>1.3 Historie supervize v České republice</b> .....	15
<b>1.4 Formy supervize</b> .....	15
1.4.1 Dělení dle funkce .....	16
1.4.2 Dělení dle přítomnosti supervizora.....	17
1.4.3 Dělení dle počtu účastníků a jejich vzájemného vztahu.....	17
1.4.4 Dělení dle zaměření .....	19
1.4.5 Dělení dle faktoru autority .....	20
1.4.6 Dělení dle faktoru času .....	21
1.4.7 Další formy supervize .....	21
<b>1.5 Cíle supervize</b> .....	23
1.5.1 Dobré a špatné známky supervize .....	23
<b>1.6 Účel supervize</b> .....	24
<b>1.7 Supervizní kontrakt</b> .....	25
1.7.1 Náležitosti kontraktu.....	26
<b>1.8 Účastníci supervize</b> .....	26
1.8.1 Osoba supervizora.....	27
1.8.1.1 Vlastnosti dobrého supervizora .....	27
1.8.1.2 Kvalifikační kritéria supervizorů .....	28
1.8.2 Osoba supervidovaného .....	29
1.8.2.1 Odpovědnost supervidovaných.....	29
1.8.2.2 Vztah supervizora a supervidovaného .....	29
1.8.3 Zadavatel.....	30
<b>1.9 Balintovské skupiny</b> .....	30

1.9.1 Fáze balintovské skupiny.....	31
<b>1.10 Hodnocení, zpětná vazba a reflexe v supervizi.....</b>	<b>32</b>
<b>1.11 Koučování.....</b>	<b>34</b>
<b>1.12 Zavádění supervize do organizace.....</b>	<b>35</b>
1.12.1 Faktory ovlivňující využití supervize ve zdravotnictví .....	36
<b>1.13 Profesní organizace v oblasti supervize .....</b>	<b>37</b>
1.13.1 Vzdělavatelé v supervizi.....	37
<b>1.14 Etika v práci supervizora .....</b>	<b>40</b>
1.14.1 Etické zásady Evropské Asociace supervize .....	40
<b>1.15 Stres.....</b>	<b>43</b>
1.15.1 Příčiny stresu.....	43
1.15.2 Stresory – negativní životní faktory.....	43
1.15.3 Salutory – pozitivní životní faktory .....	44
<b>1.16 Syndrom vyhoření.....</b>	<b>45</b>
1.16.1 Stádia vývoje syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků.....	45
1.16.2 Projevy syndromu vyhoření.....	46
1.16.3 Důsledky syndromu vyhoření.....	47
1.16.4 Prevence syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků.....	47
<b>1.17 Poslání a role nelékařských zdravotnických pracovníků.....</b>	<b>48</b>
1.17.1 Hlavní funkce sestry .....	48
<b>2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>50</b>
2.1 Cíl práce.....	50
2.2 Předpokládané hypotézy .....	50
<b>3. METODIKA.....</b>	<b>51</b>
3.1 Použité metody a techniky.....	51
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	51
3.3 Metodika kvantitativního výzkumu .....	51
3.3.1 Předvýzkum .....	51
3.4 Metodika kvalitativního výzkumu .....	52
3.5 Vlastní realizace kvantitativního výzkumu.....	52

<b>4. VÝSLEDKY</b> .....	54
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu .....	54
4.1.1 Identifikační údaje respondentů .....	54
4.1.2 Využití supervize ve zdravotnických zařízeních .....	61
4.2 Výsledky kvalitativního výzkumu - rozhovory .....	79
<b>5. DISKUZE</b> .....	82
<b>6. ZÁVĚR</b> .....	89
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	91
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	100
<b>9. PŘÍLOHY</b> .....	101



## Úvod

Impulzem pro zvolení tématu předkládané diplomové práce bylo především mé zaměření středoškolského studia. Téma zdravotnictví je mi blízké, neboť jsem se v prostředí zdravotnického zařízení pohybovala po dobu čtyř let při studiu Střední zdravotnické školy v Uherském Hradišti. Název diplomové práce „Využití supervize ve zdravotnických zařízeních“ v sobě vlastně odráží dvě kapitoly mého života. Zaměření se na zdravotnictví a Zlínský kraj jsem si zvolila s ohledem na studium středoškolské. Zájem o pronikání do supervize v rámci Jihočeského kraje byl dán místem mého studia vysokoškolského.

S pojmem supervize jsem se setkala až v průběhu bakalářského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Absolvovala jsem několik typů praxí, ke kterým samozřejmě patřila i supervize. Během studia jsem si vytvořila k supervizi velmi pozitivní vztah.

Logickým vyústěním všeho výše uvedeného bylo stanovení cílů předkládané diplomové práce. Prvním stanoveným cílem bylo zjistit, zda skutečně dochází k provádění supervizí ve zdravotnickém zařízení v Jihočeském a Zlínském kraji. Jako dílčí cíl jsem si zvolila zmapování četnosti využití supervize v jednotlivých typech zdravotnických zařízení.

V teoretické části této diplomové práce chci nejprve objasnit samotný pojem slova „supervize“, aby nemohl být zaměňován s pojmy kontrola či konzultace. Supervize pro někoho znamená mystický pojem, pod kterým si nedokáže nic představit, pro jiného tento pojem nabízí podporu při nesnázích během výkonu jeho povolání. Nejprve tedy objasním význam pojmu supervize a stranou nezůstane ani historický vývoj supervize jako oboru včetně jeho pronikání do oblasti zdravotnictví.

Ve své diplomové práci se dále zaměřím na stručnou charakteristiku jednotlivých forem supervize, které se mohou v různých zdravotnických zařízeních pochopitelně odlišovat, a to i s ohledem na různorodost dvou výše zmiňovaných územních samosprávných celků České republiky

V souvislosti s formami supervize se budu zabývat i profesními organizacemi, které se zasazují o rozvoj a větší využití supervize v České republice.

Jedna z kapitol bude také věnována syndromu vyhoření, neboť mám za to, že je to právě supervize, která před tímto syndromem chrání.

Domnívám se, že je vhodné, aby se supervize více šířila do povědomí personálu z oblasti zdravotnických zařízení a doufám, že k tomu napomůže i tato diplomová práce.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Vymezení pojmů

#### *Supervize*

Chceme-li definovat pojem supervize, musíme ho nejprve odlišit od termínu, kterému se často říká supervize, ale ve skutečnosti se tím myslí konzultace. Konzultace je jedna z možností, jak si rozšířit vhléd do dané problematiky, popřípadě prohloubit dovednost při jejím řešení. Konzultant je specialista na určitou problematiku, pokud je tazatelem požádán, podělí se o své znalosti a dovednosti. Jeho pomoc se vztahuje k přesně definovanému problému. Supervizí rozumíme opakovanou kooperaci supervidujícího a supervidovaného, ve vymezeném časovém úseku, kdy spolu diskutují o práci supervidovaného, o jeho postavení vůči klientovi a hodnotí jeho získávání dovedností a znalostí (45).

Slovo supervize je původem z latiny a je složeno ze slova super, což znamená „výše“ a visio, což znamená „pohled“. Doposud není mezi odbornou veřejností přijata jednotná, obecně uznaná definice supervize. Michková ve své knize formuluje supervizi jako metodu, která je cíleně zaměřená na podporu a rozvoj kvality práce a profesionality pracovníka, týmu i celé organizace (51).

Podle Matouška je supervize „celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí“ (47, s.349).

Hess definuje supervizi jako čistě mezilidskou interakci, která má za cíl, aby se jedna osoba - supervizor, setkala s druhou osobou - supervidovaným, a došlo tak ke zlepšení schopnosti supervidovaného účinně pomáhat lidem (29).

Spouse a Redfern ve své knize uvádějí odlišnou definici supervize. Podle jejich názoru se při supervizi jedná o formální proces odborné podpory a vzdělávání, který umožňuje individuální praxí rozvíjet znalosti a schopnosti převzít zodpovědnost za své vlastní praxe a posílit ochranu spotřebitelů a bezpečnost péče v komplexních klinických situacích (64).

Úlehla chápe supervizi jako nadhled, který pracovník naléhavě potřebuje k tomu, aby se při své práci nezahltl. Pracovník má mít supervizi, kdykoliv má pocit, že to co se děje, by nemělo být, nebo by to mělo být jinak, ale změny se mu nedaří dosáhnout (69).

Supervizi lze také definovat jako kvalifikovaný dohled nad průběhem programu nebo projektu, který se zaměřuje na kvalitu činnosti pracovníků (48).

### *Zdravotnická zařízení*

Vymezení tohoto pojmu definuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který v ust. § 31 tohoto zákona stanoví, že úkoly zdravotnictví obstarávají zdravotnická zařízení a další zdravotnické organizace, které jsou uspořádány do soustavy zdravotnických zařízení. Soustavu zdravotnických zařízení představují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob. Zákon č. 20/1966 Sb., rozděluje zdravotnická zařízení na několik druhů:

- Zařízení ambulantní péče a nemocnice (§ 35)
- Zařízení závodní preventivní péče (§ 35a)
- Odborné léčebné ústavy (§ 36)
- Lékárny (§ 37)
- Zvláštní dětská zařízení (§ 38), (73).

### *Supervize ve zdravotnictví*

V České republice dochází k výrazným změnám v oblasti zdravotnictví. Ve spojení s tím prodělává důležitý a nutný rozvoj i ošetrovatelská profese. Pozornost je věnována zejména systému vzdělávání zdravotních sester, jehož neodmyslitelnou složkou se stává i supervize. Supervize ve zdravotnictví je téma, které je v České republice velmi málo známé. V jiných pomáhajících profesích, hlavně v nestátních organizacích, v poradnách, v soukromých psychoterapeutických praxích a ve státních organizacích sociálních služeb, se supervize používá už docela dlouho, a to jak nástroj rozvoje a podpory pracovníků, tak i jako postup ke zkvalitnění a větší profesionalizaci práce. Když vstoupil v České republice v účinnost zákon č.96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, došlo ke změnám ve zdravotnictví, zejména v oblasti

pregraduálního a postgraduálního vzdělávání u sester, tak aby korespondovaly s doporučeními, které dává Evropská unie. To sebou přineslo, přechod k vysokoškolskému vzdělávání sester, a tudíž i povinnost pro zdravotní sestry se celoživotně vzdělávat. Supervize pomalu začala otevírat nové možnosti a stávala se více používanou formou práce, která pomůže jedinci, týmu i celému pracovišti poskytnout rozvoj profesionálních kompetencí, reflexi vlastní práce, analýzu odborných témat a podporu ve složitých pracovních situacích (36).

### *Možnosti využití supervize ve zdravotnictví*

Bartošíková sepsala několik možností využití supervize ve zdravotnických zařízeních:

- Supervize práce absolventek, kdy zkušenější sestra poskytuje absolventce pomoc a podporu v procesu pracovní přizpůsobivosti.
- Supervize při zvládnání vztahových problémů na pracovišti.
- Supervize při zavedení nových pracovních postupů.
- Supervize při zvládnání komunikačních bariér s pacienty a příbuznými.
- Co – consultancy: vzájemná supervize dvou kolegů s podobnými zkušenostmi.
- Supervize týmové práce.
- Supervize při změně cílů nebo při rozvoji pracoviště (1).

## **1.2 Historie supervize v zahraničí**

První disciplínou, která začala používat principy supervize, byla psychoterapie. Na počátku 19. století v USA supervize spočívala výhradně v neformálních rozhovorech zkušenějšího pracovníka s méně zkušeným a její původní funkce byla administrativního charakteru. Začátkem 20. století se supervize postupně začíná včleňovat i do školství, stává se podstatnou složkou teoretického vzdělání sociálních pracovníků a postupně získává i vzdělávací funkci (68).

Osobou odpovědnou za první pokusy o soustavnou supervizi v sociální práci je Samuel A. Barnett. Byl zakladatelem prvního komunitního centra v Západním světě. Poskytoval pomoc především chudým lidem, pomocí poradenství a podpory jejich

soběstačnosti. Případy těchto lidí probíral se svými spolupracovníky a dohromady se snažili o individuální vedení případu a nalezení možných řešení (49).

Zakladatelem dnešní supervize je maďarský psychoanalytik Michael Balint. V roce 1957 Balint vydal knihu s názvem *Lékař, jeho pacient a nemoc*, ve které se zmiňuje o tom, že nejdůležitějším lékem je samotný terapeut a jeho vztah s pacientem. Balintovské skupiny se staly specifickým druhem výcvikových a supervizních skupin viz. kapitola 1.9 (67).

Koncem 20. století se začínají konat mezinárodní konference supervizorů, vycházejí nové odborné publikace, které se věnují supervizi a díky tomu se supervize stává uznávanou formou poradenství (61).

### *1.2.1 Historie supervize ve zdravotnictví*

K rozvoji supervize došlo v anglosaských zemích na konci 19. století, kdy předchůdci dnešních sociálních pracovníků - dobrovolníci, kteří pracovali v terénu, využívali supervizi ve smyslu poradenství a jako administrativní podporu placených a zkušenějších pracovníků. První zmínka o supervizi ve zdravotnictví vůbec je z roku 1902 z Velké Británie. Supervize se týkala porodních asistentek v hierarchické linii a byla vázána především na splnění administrativních úkolů a propojení porodnické praxe s organizačními a právními předpisy. Supervizor přebíral odpovědnost za to, že porodní asistentka dodržuje ve své praxi všechna platná nařízení. Tento model dnes nazýváme supervizí manažerskou. Dříve byl supervizor v služebně nadřazené roli nad supervidovanými a pomáhal jim orientovat se v pracovních problémech, a zároveň měl odpovědnost za kvalitu odvedené práce (44).

I nadále se supervize rozvíjela nejvíce v oblasti sociální práce a postupem času se rozšířila i o vzdělávací aspekt. Ve dvacátých letech 20. století došlo k rozvoji skupinové supervize, a to díky úzkému kontaktu sociálních pracovníků s lékaři. Sociální pracovníci se prakticky stávali partnery lékařů. Díky svým informacím o sociálních okolnostech mohli s lékaři diskutovat nad případy v nemocnicích. Již tehdy se ukázalo, že některé případy jsou tak složité, že se v nich jeden odborník sám může stěží orientovat (44).

### **1.3 Historie supervize v České republice**

U nás se poprvé supervize objevila v 60. letech 20. století jako povinná složka psychoanalytického výcviku. Přibližně v 70. letech téhož století se pánové J. Skála a J. Růžička snažili zajistit pro absolventy psychoterapeutických výcviků SUR tříletou supervizi v podobě bálintovských seminářů. J. Skála začal v 80. letech pracovat s bálintovskými skupinami v oblasti soudnictví a vězeňství. Na počátku 90. let se začaly objevovat možnosti soustavnějšího vzdělávání v supervizi. Pražský psychoterapeutický institut (PPI) uspořádal v roce 1995 symposium o supervizi. V roce 1996 proběhl výcvik supervizorů pořádaný PPI a Českou asociací pro transakční analýzu. Na tento výcvik pravidelně dojížděla Julie Hewsonová z Velké Británie, která je členkou výboru Evropské asociace pro supervizi. Supervize se v České republice začleňuje i do jiných oborů a zejména se prosazuje v sociální práci. První z kurzů „rozvojové supervize“ byl zrealizován v ČR v roce 1996. Šlo o koncept supervizního výcviku s využitím portfolia, který byl zaměřený na profesionální růst a osobnostní rozvoj frekventantů kurzu. Středisko křesťanské pomoci Diakonie ČCE v Praze bylo prvním pracovištěm v oblasti sociálních služeb, kde byla po roce 1989 supervize zavedena. Supervize také nesmí chybět ani v rámci dobrovolnických programů jako např. Pět P, LATA. Dále pak se supervize rozšířila i pro pracovníky linek důvěry (47).

V roce 1997 se Česká psychoterapeutická společnost pod vlivem Evropské Asociace pro psychoterapii snaží zahrnout požadavek supervize do systému akreditace komplexních vzdělávacích programů pro psychoterapii ve zdravotnictví (66).

### **1.4 Formy supervize**

I když má supervize vždy stejný cíl, kterým je zkvalitnění práce v pomáhajících profesích, existuje několik jejích podob a způsobů, jak jejího cíle dosáhnout. Každá forma supervize není aplikovatelná na každou situaci. Při tvorbě dohody je důležité pamatovat na to, čeho chceme dosáhnout, proč a jakým způsobem. Podle toho se volí nejvhodnější typ supervize, případně kombinace více druhů supervizí (20).

#### 1.4.1 Dělení dle funkce

Rozlišujeme tři základní funkce supervize: vzdělávací, podpůrná a řídicí.

**Vzdělávací funkce** se týká rozvoje dovedností, porozumění a schopností supervidovaných. Supervize by měla umožnit supervidovanému uvědomit si používané stereotypy. Během supervize se učí supervidovaný řešit problémy a nalézat nové postupy práce, reagující na měnící se potřeby. V supervizi často supervidovaný poprvé rovněž formuluje oblasti nebo témata, v nichž cítí potřebuje dalšího rozvoje (54).

**Podpůrná funkce** je zaměřená na supervidovaného, poskytuje prostor k prozkoumání a vyjádření osobních trápení, která přináší daná práce, prostor k získání zpětné vazby, k získání opory a uznání. Nejčastějším požadavkem supervidovaného je právě podpora. Supervize poskytuje supervidovanému spolunesení zátěže a nároků vyplývajících z tohoto osobního nasazení, hlavně ve smyslu vyrovnání se s emocemi, se kterými se setkává ze strany klientů, které prožívá on sám a které vznikají v týmu. Dlouhodobé zahlcení emocemi a neschopnost zpracovat je, způsobuje stres a vede ke snížení účinné pomoci klientovi (36, 54).

**Řídicí funkce** bývá také někdy označována jako kontrolní či administrativní. Cílem supervize je zajištění kvalitního poskytování služeb klientovi. Supervize zde plní funkci určité kontroly kvality. Jde o usměrňování ve výkonu profesionální role ve smyslu dodržování práv klienta, etického kodexu profese, standardů kvality či zákonných norem. Dále je také zaměřena na plánování a efektivní využívání osobních i odborných zdrojů (54, 36).

Všechny tři výše popsané funkce jsou samozřejmě přijímány a rozvíjeny i v oblasti klinické supervize. Tak jak jsou velmi rozdílná ošetrovatelská odvětví, tak se také liší formy přijímané supervize. *Řídicí funkce* má vést k tomu, aby zdravotníci lépe porozuměli své konkrétní pracovní roli, přejímali odpovědnost za svou práci a dobře znali své pracovní kompetence, aby jimi poskytovaná péče odpovídala platným předpisům a standardům. *Vzdělávací funkce* klade důraz na reflexi vlastní práce, pomáhá zdravotníkům přenášet teoretické znalosti do vlastní činnosti a dává jim možnost učit se z prožitého. *Podpůrná funkce* se nejvíce uplatňuje při střetu s emocemi,



kteře ve zdravotnících vyvolává časté střetnutí s bolestí, zoufalstvím, bezmocí a smrtí. Tato funkce umožňuje odreagování se a pozitivní zpracování emocí tak, aby zdravotník mohl dále poskytovat podporu svým pacientům, ale sám nebyl těmito emocemi přetěžován (26).

#### *1.4.2 Dělení dle přítomnosti supervizora*

Jedná se o dělení podle míry zprostředkovanosti informací, které supervizor v rámci supervize získá. **Přímá supervize** znamená, že supervizor je přímo přítomen při práci pracovníka např. při rozhovoru nebo vedení porady. Pracovník a supervizor se předem dohodnou na tom, čeho si bude supervizor všímat, k čemu bude supervizi směřovat a jak bude supervize probíhat. Je také třeba se dohodnout, zda může supervizor vstupovat do procesu, na němž participuje jako pozorovatel, zda si pracovník může i v průběhu práce vyžádat konzultaci se supervizorem, nebo rozhovor proběhne až po skončení práce. V průběhu rozhovoru pak supervizor a pracovník společně rozebírají proběhlou situaci a supervizorovy připomínky jsou využívány jako další podněty k práci na tématu. **Nepřímá supervize** probíhá pouze pomocí rozhovoru, popř. s využitím audio či videozáznamu. Supervizor se přímo neúčastní práce supervidovaného, má tedy jen zprostředkované informace. U nás se tento typ využívá častěji (51).

#### *1.4.3 Dělení dle počtu účastníků a jejich vzájemného vtahu*

Podle toho kolik supervidovaných se rozhovoru účastní, dělíme supervizi na skupinovou a individuální.

##### **Skupinová supervize**

Můžeme ji definovat jako nabídku supervize pro 3 až 12 osob, které nejsou vůči sobě v pracovním vztahu. Pro skupinu je charakteristické, že členy pojí společný pracovní zájem (zaměření na stejnou klientelu či studijní obor), nemají ale společný pracovní úkol a také je nepojí vztahy nadřazenosti a podřazenosti. Supervize je výhodná proto, že se členové mohou navzájem podporovat, poskytovat si zpětnou vazbu a jeden od druhého se učit. Skupinová supervize rovněž umožňuje použít různé činnostní techniky, a zároveň je nutné podotknout, že k jejím kladným stránkám patří především

její úspornost z hlediska financí a času. Nevýhodou skupinové supervize je poměrně malý prostor pro jednotlivce, soupeření o čas a o pozornost, nutnost dokázat se prosadit, tlak skupiny na souhlas v zájmu koheze a udržení směru. Na rozdíl od týmové supervize je v případě skupinové supervize patrná nemožnost přímo ovlivnit konkrétní pracovní vztahy a situaci (26, 54).

Supervizor by měl vytvářet prostor pro vyjádření každého člena skupiny, řídit strukturovaný proces supervize a vhodně umět volit metody. Členové skupiny zpravidla přejímají a kopírují způsoby intervence a zaměření pozornosti supervizora. Proto je vhodné, aby si to supervizor uvědomil a poskytoval co nejširší škálu možných reakcí, vysvětlení a způsobů naslouchání (24).

### **Skupinová supervize u zdravotnických pracovníků**

Sestra je vystavena každodennímu stresu při jednání s pacienty a jejich rodinami. Supervize je místo, kde se může odreagovat, a také hlasitě a emotivně tzv. „pročistit vzduch“. Je proto důležité, se na začátku každého supervizního sezení zeptat na aktuální náladu účastníků. Pokud je celkové zatížení velmi vysoké, je vhodné vytvořit prostor pro diskuzi o tom, co je vnímáno v současnosti jako nejvíce stresující. Porozumění a zpětná vazba od ostatních účastníků uvolňuje přetížení. Teprve poté je supervidovaný vyzván k formulování tématu pro supervizi. Pokud je něco citově ohromujícího nebo stresujícího, je skutečně obtížné s tím pracovat. Ve skupinové supervizi, mohou supervidovaní diskutovat v bezpečném prostředí, uvádět praktické příklady a problémy z jejich každodenní práce. Výhodou je použití kolektivní zkušenosti. Vyměňují si navzájem zkušenosti a rozvíjí nápady pro jejich řešení. Obsahem skupinové supervize mohou být i otázky týkající se profesionality a etiky (63).

### **Individuální supervize**

Spočívá ve strukturovaném kontaktu s jedním pracovníkem. Hlavním úkolem individuální supervize je reflektovat a podpořit profesionální fungování pracovníka a jeho další rozvoj. Má formu plánovaných, časově vymezených schůzek s předem dohodnutým programem. Supervizor a supervidovaný kooperují na základě písemného

supervizního kontraktu (dohody), který si sestaví při prvním setkání. V kontraktu jsou jasně a specificky stanoveny cíle i hranice postupu. Je tam rovněž upřesněno, co bude zahrnuto do supervize a co nikoliv, jaký bude počet schůzek, kde se bude nacházet místo pro setkávání a jaká budou základní pravidla nakládání s informacemi (47).

### **Týmová supervize**

Michková ve své knize uvádí, že týmová supervize je zaměřena na činnost a efektivitu týmu jako celku, ne na práci jednotlivce. Zabývá se především komunikací v týmu, předáváním informací mezi jednotlivými subtýmy či jednotlivci, společným vnímáním cílů a posláním pracoviště a rozdělením práce a odpovědnosti v týmu. Při supervizní práci je užitečné rozlišovat týmy, jejichž členové pracují se stejnými klienty, a ty týmy, jejichž členové mají jen stejnou cílovou skupinu, avšak každý má své klienty, s nimiž jiní členové týmu do kontaktu nepřicházejí. Například to mohou být pracovníci pracující se stejnými klienty (oddělení v domově pro seniory, psychiatrické oddělení) nebo týmy, které sice pracují s podobnými stanovisky a ve stejné oblasti, ale mají své vlastní klienty (např. tým sociálních pracovníků OSPOD, tým streetworků) (51).

#### *1.4.4 Dělení dle zaměření*

### **Rozvojová supervize**

Rozvojová supervize týmu nebo jednotlivce začíná obvykle následující otázkou: Čeho chce tým nebo jedinec dosáhnout, v čem chce nabít jistoty, v čem cítí potřebu podpory? Supervizor pak s týmem nebo jednotlivcem dojednává kroky, jimiž bude možné dospět k odpovědím na výše uvedenou otázku. Rozvojová supervize je vedena představou, že každý pracovník je-li dobře veden a zařazen na místo, které umí využít jeho osobních předností, může přispět ke zdaru pracoviště. Pracovník může být v procesu nápomocen sebeuposouzením. Pro rozvojovou supervizi týmu se využívá Belbinův sebehodnotící dotazník. Pracovník se hodnotí v sedmi oblastech, v každé oblasti je osm možností pro odpověď. Oblast bývá uvozena otázkou nebo úvodní větou (např. Čím přispívám do týmu?). Z dotazníku vyplyne jedno z osmi Belbinových typů týmových rolí. Každý pracovník si může sebeuposouzení provádět denně jako součást

pracovních postupů. Výsledek sebesouzení může vést k lepšímu stanovení supervizního cíle. Rozvojová supervize nečeká, až vyplyne na povrch „problém“ a je součástí běžné práce (5).

### **Případová supervize**

Případová supervize se snaží zaměřit na konkrétní případ, tedy na klienta. Cílem případové supervize je rozvoj schopnosti reflexe a sebereflexe vlastní práce, se záměrem o zkvalitnění péče o klienta (7).

### **Klinická supervize**

Existuje několik definic tohoto pojmu jako např.:

- jde o výměnu zkušeností mezi profesionály z praxe, která slouží k podpoře jejich profesionálních dovedností,
- proces, který umožňuje profesionálům získat pomocí druhé osoby nový pohled na vlastní klinickou práci a na vlastní reakce související s prací,
- profesionální vztah zaměřený na praxi, v němž dochází k reflexi vlastní práce prostřednictvím kvalifikovaného pracovníka (26).

#### *1.4.5 Dělení dle faktoru autority*

### **Interní supervize**

Interní supervizi rozumíme supervizi prováděnou přímo zaměstnancem organizace. U nás je tato forma supervize využívána jen sporadicky, ve velmi malém rozsahu a jedná se zpravidla o supervizi případovou. Hlavní prioritou interní supervize je to, že supervizor zná prostředí organizace, její cíle, poslání, poskytované služby a je pro organizaci finančně méně nákladný než supervizor externí. Interní supervizor má ovšem také své nevýhody - je zde vyšší riziko osobní angažovanosti v určitých problémech a hrozí výskyt konfliktu rolí v případě, že vykonává na pracovišti i jinou činnost (54).

## **Externí supervize**

U externí supervize (na rozdíl od supervize interní) není supervizor zaměstnancem organizace, ve které supervize probíhá. Se supervidovanými se setkává výhradně při supervizích setkáních. U externího supervizora není nutné řešit riziko křížení rolí a není zde ovlivněna jeho práce osobními vztahy vznikajícími na pracovišti. Externí supervizor není s organizací nikterak svázán, je pro něj jednodušší udržet si odstup a nadhled nad řešenými problémy. Díky tomu není jeho kreativita omezována znalostí reality a stereotypy, které jsou v organizaci zaběhlé (51).

### *1.4.6 Dělení dle faktoru času*

#### **a) Pravidelná supervize**

Na frekvenci má vliv počet klientů, naléhavost případů (velká naléhavost je v krizové intervenci, v zařízeních s větším počtem nově příchozích klientů).

#### **b) Příležitostná supervize**

Vždy záleží na tom, co si přeje tým. Používá se pro projednání změn v organizaci práce, zpravidla před začátkem nového projektu. Obvykle bývá setkání jednou za několik měsíců. Tento typ frekvence však neumožní rozvíjení pracovníka.

#### **c) Krizová supervize**

Využívá se při řešení mimořádných situací ve zdravotnickém zařízení. Důvod pro zorganizování krizové supervize je například sebevražda pracovníka, jeho napadení či útěk pacienta, popř. i zásadní změny ve vedení organizace. Krizová supervize by mohla vhodně doplnit supervizi pravidelnou (46).

### *1.4.7 Další formy supervize*

**Co- consultancy**, nebo-li vzájemné konzultování dvou kolegů s podobným rozsahem zkušeností, poskytuje možnost získat nadhled a zvážit alternativní možnosti při vedení případu. Předem si musí dohodnout role, tedy, kdo je supervizor a kdo supervidovaný (47).

**Intervize (peer-supervision)** je supervizní setkání skupiny bez supervizora. Jde o podobně funkčně postavené kolegy, kteří sdílejí odpovědnost za pracovní činnost (36).

**Autovize (autosupervize)** je proces sebereflexe pracovníka bez přítomnosti supervizora. Pracovník sám sobě pokládá otázky a snaží se nalézt jiné pohledy na danou věc. Svého vnitřního supervizora rozvíjíme hlavně během přijímaných supervizí, kdy se snažíme vracet se k prožitým událostem a přemýšlet nad okolnostmi své práce, pokládat si vhodné otázky a hledat na ně odpovědi. Autosupervize je svépomocným nástrojem vlastního rozvoje, proto by supervizor neměl být přehnaně benevolentní, ani velmi kritický. Základní podmínkou autovize je ochota mít pochybnosti o své práci (metodách, způsobech práce, přístupech, postojích) a ochota změnit je. Klíčovou schopností pro autovizi je možnost reflektovat vlastní práci, vlastní dojmy a pocity, své myšlenky, tělesné reakce, vystupování a jednání a jejich dopad na klienty (51).

**Manažerská supervize** patří do struktury řízení. Je vykonávána manažery, kteří zodpovídají za své zaměstnance a umožňují jim trvalé vedení. Hlavním cílem této supervize je zdokonalit zaměstnance jak na úrovni organizace, tak i na úrovni jednotlivce a kolektivního týmu (26).

Vytváří rámec, který má funkci písemné supervizní dohody, na jejíž základě se po sléze konají pravidelné strukturované individuální rozhovory řídicích pracovníků s podřízenými, zejména o problémech v jejich práci. Jde o supervizi interní, kterou si sama organizace zajišťuje svými vlastními silami. Cílem individuálních rozhovorů je podpora pracovníků, vytvoření optimálních pracovních podmínek a též kontrola a hodnocení pracovníků. Zahrnuje všechny tři funkce supervize (podpůrnou, vzdělávací i řídicí). Tento model supervize je považován za velice efektivní, protože se vztahuje na celou organizaci, patří k vnitřním pravidlům, které jsou závazné pro všechny. Model manažerské supervize dává organizaci možnost neustálé reflexe, zpětné vazby mezi pracovníky a jejich nadřízenými. Snižuje též potřebu externí supervize, protože spoustu problémů dokáží pracovníci řešit svými vlastními silami, čímž také přispívá k tomu, že organizaci šetří finanční prostředky (33).

## 1.5 Cíle supervize

V supervizi existují cíle *krátkodobé*, jako např. získání několika základních profesionálních dovedností či vytvoření základních podmínek pracovního týmu k úspěšné práci, nebo *dlouhodobé*, jako např. harmonizace fungování celé organizace, zvyšování citlivosti organizace na potřeby klientů nebo monitoring plánů osobního rozvoje pracovníků. Před zahájením supervize je vždy potřeba si jasně a výstižně formulovat cíl a závazně též určit, které osobě budou jaké informace ze supervize přístupné. V průběhu supervize pak vyplouvají na povrch tzv. *dílčí cíle*, odpovídající potřebám supervidovaných, k jejichž naplnění dochází během supervize (47, 51).

Supervize může mít také za cíl i vyjasnění poslání pracoviště a celé organizace, prevenci před pohlcením či přepracováním, prevenci syndromu vyhoření, účinné zvládnutí pocitu bezmoci a viny (69).

Dalším z cílů může být poskytnutí dostatku podnětů pracovníkům pomáhajících profesí k tomu, aby naučili své klienty hledat jiné cesty k řešení svých problémů. Klienti mají častokrát tendenci k zachování zažitých návyků a technik při zvládnutí těžkých životních situací a tím i k zaběhnutým způsobům jejich řešení, což není vždy vhodné (61).

### 1.5.1 Dobré a špatné znaky supervize

Předpokladem úspěšné supervize je, aby supervizor a supervidovaný měli aspoň podobné chápání klienta a aby k práci s ním nepřistupovali příliš rozdílně. Supervizor a supervidovaný by měli mít stejné teoretické a praktické poznatky, podobný odborný jazyk a stejně orientovaný přístup k práci s klientem (42).

Šimek uvádí, že mezi znaky dobré supervize patří:

- vytvoření dobrého vztahu mezi supervizorem a supervidovaným,
- podávání informací a podnětů,
- vytvoření bezpečného místa podpory a přijetí,
- stanovení dobré dohody,
- vědomé pracování s etickými problémy a normami.

Na druhé straně je třeba uvést i znaky špatné supervize:

- nejasná a špatně vytvořená dohoda,
- nekompetentnost supervizora,
- ponižování, zahanbování, kritizování supervidovaného,
- poučující nebo naopak pouze hladící supervize,
- nedodržení hranic mezi supervizí a terapií (67).

## 1.6 Účel supervize

### *Supervize zaměřená na organizaci*

Účelem supervize zaměřené na organizaci je vytyčit si meze, strukturu a fungování organizace, doladit pravidla řízení tak, aby dávala pracovníkům jistotu z hlediska jejich pracovní role. Stejně tak důležité je zaměření na kulturu organizace, na atmosféru, na celkové vztahy mezi pracovníky a na management. Supervizi zaměřenou na organizaci si obvykle objednává management organizace sám pro sebe, a to zpravidla v případě nového programu či při přípravě projektu k novému zařízení (26).

### *Supervize zaměřená na zaměstnance*

Toto zaměření spočívá v udržení přiměřené úrovně motivace pracovníků a v jejich naplnění potřeb ve vztahu ke své práci. Supervize zaměřená na zaměstnance může mít různé formy, např. supervize manažera nebo supervize týmu. Vedení organizace si supervizi s tímto zaměřením objednává v případě, chce-li stabilizovat personální situaci v rámci organizace, popř. dát svým zaměstnancům na vědomí, že organizace má zájem o jejich potřeby (u vysoké únavy, jako složka prevence syndromu vyhoření). Supervizi zaměřenou na zaměstnance je ideální nabídnout nově přichozím pracovníkům, novým členům týmu, eventuelně dosavadním zaměstnancům při změně obsahu či zaměření jejich práce (26).

### *Supervize zaměřená na případ*

Podstatou supervize zaměřené na případ je nacházet co nejlepší postup, metodiku a řešení daných případů. Předkládá se obvykle případ, který je rozpracován, a v němž



má pracovník možnost dále pokračovat. Supervize pak umožňuje jak rozbor případu, tak i hledání možných variant dalších intervencí. Někdy se může stát, že je předložen případ, s kterým pracovník teprve začíná. Tzv. případová supervize pochopitelně nemusí pokaždé znamenat zaměření na případ, ale mnohdy je zaměřena na pracovníka, který případ řeší. V pomáhajících profesích je občas prakticky nemožné oddělit zaměření na případ od zaměření na pracovníka, obzvláště když jde o individuální terapeutickou práci. Supervizi s tímto zaměřením je optimální objednávat především tehdy, je-li situace v organizaci stabilizovaná. Pracovníci se tak mohou zajímat o kvalitu své práce a jsou motivováni, aby se zcela věnovali svým uživatelům (26).

### **1.7 Supervizní kontrakt**

Kontrakt je výsledkem spolupracujícího hledání, tázání a vyjednávání supervizora, zadavatele a supervidovaných. Obtížnost sepsání kontraktu je výrazně vyšší u organizací, do kterých se supervize teprve zavádí. Naopak u organizace, která se už se supervizí setkala, je dojednání kontraktu relativně snadné a je možné jej zahrnout do prvního sezení supervize. Je důležité aby kontrakt proběhl vždy v nějaké podobě, ať už písemné nebo ústní (26).

V supervizním procesu je důležité nezapomínat na trojstrannost vztahu, brát ohled na tým, na zadavatele i na sebe, a to už při domlouvání zakázky (30).

Proces uzavírání kontraktu je charakteristický pro externí supervizi. Na procesu uzavírání kontraktu se podílí obvykle externí supervizor, supervidovaný a zadavatel. Jestliže se jedná o individuální supervizi, uzavírá většinou kontrakt supervizor se supervidovaným na základě dřívější dohody se zadavatelem. Obsah kontraktu by neměl mít rigidní povahu - je pracovním nástrojem, který se dle situace a potřeby rozvoje kooperace společnou dohodou mění. Pokud se supervize mění a vyvíjejí, je třeba měnit i kontrakt. Dalším prvkem procesu vyjednávání kontraktu je i rozhodnutí, zda bude uzavřen jeden trojstranný kontrakt, na kterém se budou podílet vedle supervizora také zadavatel a supervidovaný, nebo budou uzavřeny kontrakty dva – jeden se supervidovaným a druhý se zadavatelem. Jejich smyslem je přesně vymezit, co všechny

strany od supervize očekávají, určit jejich odpovědnost a vytyčit bezpečný rámec pro společnou práci (26).

### *1.7.1 Náležitosti kontraktu*

Každá forma supervizního vztahu by měla začínat jednoznačnou smlouvou, kterou společně vytváří a sepisují obě strany a která odráží očekávání zúčastněných organizací a profesí (27).

Supervizní smlouva by měla zahrnovat tyto náležitosti:

- charakteristika supervize
  - účel, cíl supervize, témata,
  - popis (individuální, skupinová,...),
  - zúčastněné subjekty,
- praktické stránky
  - délka, čas, místo konání a počet supervizí,
  - možnosti odvolání, náhrady, zrušení a ukončení supervizí,
  - způsob financování,
  - vymezení úkolů jednotlivých subjektů,
- práva a povinnosti jednotlivých stran (účast, pravidla setkání, mlčenlivost, ...)
- dokumentace supervize (kdo bude zpracovávat zprávu ze supervize, komu bude určena, co bude obsahovat, atp...)
- dlouhodobý kontrakt by měl také obsahovat zmínku o tom, jak častokrát se bude vyhodnocovat, popř. by v něm měla být uvedena i možnost změny kontraktu v průběhu supervizí.(52).

## **1.8 Účastníci supervize**

### *1.8.1 Osoba supervizora*

V supervizní skupině má vedoucí roli supervizor. K této pozici patří následující činnosti a dovednosti supervizora:

- facilituje - udržuje rovnováhu v zapojování členů skupiny, ulehčuje komunikaci a podporuje práci na dohodnutých cílech,
- moderuje - klade otázky, řídí skupinový rozhovor a vede ho k cíli,
- hlídá časový průběh - zahajování a ukončování,
- pečuje o potřeby účastníků - potřeba bezpečí, individuální ocenění,
- dokáže zacházet s mocí - zvládne využít své autority ve prospěch skupiny, je citlivým a laskavým profesionálem,
- poskytuje model - členové přejímají od supervizora způsob naslouchání, zaměřování pozornosti, zacházení s informacemi,
- pečuje sám o sebe - chrání se před syndromem vyhoření, je si vědom svých hranic a hranic odpovědnosti (35).

Ve zdravotnictví se může nacházet dvojí typ supervizora. Prvním typem je profesionál z praxe ve zdravotnictví, který absolvoval speciální supervizní přípravu a do zdravotnických zařízení dochází jako externista. Velké kliniky mívají mnohdy své vlastní supervizory, kteří nejsou nadřízenými supervidovaných. Externí supervizor má své výhody, a to především větší nadhled nad problémy ve zdravotnickém zařízení. Externí supervizor poskytuje supervidovaným větší bezpečí a má značný rozhled v oblastech pomáhajících profesí. Druhým typem supervizora může být pracovník samotného zařízení, obvykle je jedná o nadřízeného supervidovaných, který má naopak výhodu v tom, že dobře účastníky supervize zná a zvládne jim tak lépe poskytovat zpětnou vazbu při reflexi (26).

#### ***1.8.1.1 Vlastnosti dobrého supervizora***

Hawkins ve své knize poukazuje na několik autorů, kteří se zabývají vlastnostmi dobrého supervizora. Kromě toho, že by měl mít supervizor vlastnosti jako jsou empatie, porozumění, kongruence, upřímnost, vřelost, flexibilita, pozornost, bezpodmínečné kladné přijetí, zvědavost a otevřenost, také by mu neměla chybět schopnost pohledu z mnoha perspektiv, schopnost pracovat i v transkulturní supervizi, schopnost usměrňovat, zvládat úzkost, a v poslední řadě také humor, skromnost a trpělivost (27).

Supervize je samostatná odborná činnost, a abychom ji mohli provádět, musíme mít léta praktických zkušeností a úspěšně zvládnutý supervizní výcvik. Supervizor by měl být pro supervidovaného důvěryhodnou osobou a přirozenou autoritou. Pokud chceme do organizace supervizora odborně vzdělaného, ptáme se ho na jeho vzdělání, zkušenosti se supervizí a nesmíme opomenout, ani jeho absolvování a dokončení akreditovaného supervizního výcviku, který je povinen prokázat svým certifikátem (66).

### ***1.8.1.2 Kvalifikační kritéria supervizorů***

Vzhledem k tomu, že se supervize zabývá především chováním lidí, není divu, že jsou supervizoři vystaveni nejrůznějším způsobům chování lidí. Existují dokonce evropská kvalifikační kritéria pro vykonávání supervize. Jsou to:

#### *Osobnostní charakteristiky a postoje*

- duševní zdraví (mít zájem o druhé lidi, stabilní a citově uspokojivé vztahy na pracovišti i v soukromém životě),
- osobnostní autonomie (nezávislé myšlení i jednání, schopnost kritizovat sebe samého),
- schopnost zvládat stres (zvládání nezdarů, emoční vyrovnanost),
- pozitivní základní postoj (ochota spolupráce, schopnost učení se, podpora jiných lidí),
- otevřenost (zveřejnění vlastních názorů a potřeb),
- duch partnerství (dát supervidovaným prostor pro jejich osobní rozvoj),
- spolehlivost (dodržovat pravidla, termíny, úkoly),
- realistický postoj,
- intuice (28).

#### *Profesionální schopnosti*

- schopnost integrovat a diferencovat, dobrá adaptace na změnu, schopnost vyvolat důvěru, schopnost bojovat proti problémům, strategická kompetence, schopnost zúročení vlastních zkušeností a dovedností práce s jedincem, se skupinou nebo v organizaci (28).

#### *Profesionální znalosti*

- schopnost plánování a řízení supervize, základní psychologické znalosti (vnímání, učení), psychologie osobnosti, komunikační schopnosti, znalosti o metakomunikaci, skupinová dynamika (skupinová výuka a rozvoj týmu), filozofické myšlení a dostatečné

vědomosti. Kromě těchto čistě technických aspektů, existuje mnoho dalších nezbytných vlastností, které jsou potřebné pro dobrého supervizora (28).

### *1.8.2 Osoba supervidovaného*

Na úspěchu supervize se stejně tak jako supervizor podílí i supervidovaný pracovník. Hlavní roli zde hraje motivace, očekávání od supervize a znepokojení supervidovaného. Důležitá je fáze dojednávání supervize, kde by se supervidovaný měl zbavit nejvíce nejistot a obav. Stejně podstatné jsou i první zkušenosti se supervizí. Během vzájemné kooperace se supervizorem by se měl supervidovaný postupně učit nalézat a formulovat témata, která chce na supervizi řešit. Ke snadnější orientaci by mu měla posloužit supervizní dohoda se stanoveným okruhem témat (51).

#### *1.8.2.1 Odpovědnost supervidovaných*

Za průběh supervize nese z části odpovědnost i sám supervidovaný. Má-li být supervize úspěšná, musí supervidovaný dodržovat následující:

- být připraven na setkání a mít jasno z hlediska cílů setkání,
- být otevřený ke zpětné vazbě a pokud od supervizora nepřichází, sám si ji vyžádat,
- objevovat různá témata při pohledu na svou práci,
- nebát se otevřít rozhovor se supervizorem, když nastane problém ve vzájemné komunikaci,
- být čestný a vyslovit pochybnosti a obavy ve vztahu ke své práci s klientem (56).

Úspěšnost supervizního setkání se odvíjí od fyzického komfortu, souladu profesionálního vztahu, zorganizovanosti setkání, kvality života zúčastněných subjektů a jejich kulturních odlišností (37).

#### *1.8.2.2 Vztah supervizora a supervidovaného*

Vztah mezi dvěma hlavními subjekty supervize (supervizorem a supervidovaným) by měl směřovat k vytvoření kvalitní mezilidské vzájemnosti, empatie, respektování a shody. Ustanovení a budování kvality vztahu vede k bezpečnému pracovnímu prostředí,

ve kterém supervidovaný nachází i obtížná a bolestivá témata své práce. Tento vztah se vytváří dlouhodobě a oboustranně. Od začátku vztahu je důležité se snažit budovat mezi subjekty schopnost hovořit upřímně a otevřeně, což velmi pozitivně napomáhá vzájemným vztahům v supervizi (56).

### *1.8.3 Zadavatel*

Supervizní odpovědnost zadavatele spočívá v pravdivosti poskytovaných informací supervizorovi v přípravné fázi, která se týká účelu supervize a způsobilosti zařídit potřebné podmínky pro supervizi. Zadavatel zabezpečí veškeré organizační záležitosti (příjemné prostředí, uvolnění pracovníků z pracovního procesu po dobu supervize, aj.) (26).

Zadavateli je přiřazena také jedna z nejdůležitějších úloh, kterou je výběr vhodného supervizora. Tato povinnost bývá obtížná. Při rozhodování je důležité zvážit požadavky organizace a konkrétní cíle, ke kterým má supervize směřovat. Není pravidlem, že má-li supervizor vyšší vzdělání a více absolvovaných výcviků bude lepší než supervizor, který takovou profesní zkušenost nemá. Ten totiž může daleko více vyniknout zkušenostmi v konkrétním oboru (26).

## **1.9 Balintovské skupiny**

V západním světě byly tzv. balintovské skupiny jedním z prvních systematických postupů předjímajících současné pojetí supervize. Autorem této metody je Michael Balint. Jeho třetí žena Enid Balint o něm kdysi napsala, že to byl lékař, psychoanalytik, chemik, učitel zajímavý se též o historii, sémantiku a antropologii. Na rozdíl od ostatních psychoanalytiků jeho doby, byl obohacen o znalosti i z lékařské práce a farmakologie. Díky své praxi dospěl k přesvědčení, že se lékař musí zabývat nejenom pacientovou nemocí, ale celým člověkem, a to v souvislosti s jeho životem. Práce v balintovské skupině se skládá z pěti fází. Než se přistoupí k těmto pěti fázím, vyzve vedoucí skupiny jednotlivé účastníky, aby formulovali problém, který chtějí řešit a

prostřednictvím demokratického hlasování je jeden z problémů vybrán. Ve skupině může být 6 až 12 členů (47, 58).

Tato metoda byla původně určena pro lékaře. Zanedlouho však pronikla i do dalších pomáhajících profesích – např. ke zdravotním sestřám, psychoterapeutům, sociálním pracovníkům nebo pedagogům. Skupina příslušníků některé z pomáhajících profesí se schází v předem dohodnutých intervalech pod vedením kvalifikovaného vedoucího (39).

### *1.9.1 Fáze balintovské skupiny:*

**1. fáze: Expozice případu** - protagonista popisuje, co se mu stalo při kontaktu s klientem, jak reagoval a s čím je nespokojený. Ve fázi č. 1 je nutné, aby protagonista objasnil vztahový problém s klientem a pokusil se vyjádřit, co od skupiny vyžaduje. Nejde jenom o fakta, ale i o vlastní pocity. Protagonista by neměl mít v této fázi u sebe žádné poznámky v písemné podobě, měl by totiž sdělovat pouze to, co mu utkvělo v paměti (26).

**2. fáze: Otázky a dotazování** - diskuze obvykle začíná dotazy, které směřují k objasnění případu. Účastníci se ptají protagonisty na další věci, týkající se případu a na souvislosti, pocity, které protagonista nevyjádřil. Vedoucí skupiny musí dbát na to, aby byla dodržována pravidla balintovských skupin, a nebyly pokládány manipulativní otázky nebo otázky nabízející samy „správnou“ odpověď a otázky ponižující protagonistu (58).

**3. fáze: Fantazie** - účastníci skupiny sdělují nahlas, co je k případu napadlo, co si představují o citech a vztazích jednotlivých postav, které v případě vystupují. Zapojují zde svou intuici a kreativitu. Je důležité vyhnout se racionalizaci. Protagonista v této fázi pouze naslouchá (47).

**4. fáze: Praktické náměty k řešení** - účastníci se v fázi vyjadřují k praktickým krokům, které by oni sami zvolili. Protagonista i v této fázi pouze naslouchá. Nejde o rady, ale o jejich formu: „kdybych já byl na tvém místě, tak bych“ (26).

**5. fáze: Vyjádření protagonisty** - v závěrečné fázi mluví pouze protagonista. Sděluje své postřehy o tom, co ho oslovilo, zaujalo, s čím nesouhlasí nebo naopak komu

dává za pravdu. Protagonista dává zpětnou vazbu o tom, zda se naplnilo jeho počáteční očekávání. Balintovská skupina má za úkol dát možnost jiného pohledu. Ačkoliv případ nemusí být vždy dořešený, lze i tak dospět ke změně pohledu protagonisty na věc (58).

Často se stává, že protagonista až po čase docení podněty, které z různých důvodů hned neakceptoval, anebo přehlédl. Na příští skupině je užitečné, vrátit se k předešlému případu a několika větami informovat o případných změnách (19).

Předností balintovských skupin je určitá struktura, která vede ke kázni. Střídání bloku tvořivého a bloku praktického napomáhá obohacovat zdravotníkův pohled na situaci a rozšiřuje jeho možnosti v konkrétní práci s klientem. Balintovské skupiny mají mnoho výhod, avšak nejsou velmi vhodné pro supervizi do týmu, a nehodí se ani pro běžné „denní“ zhodnocení práce (5).

Jestliže se ve skupině vyskytuje větší počet osob z jedné organizace, pak dochází k tomu, že úroveň práce stagnuje. Dlouhodobá účast v balintovské skupině, může mít vliv na podporu sebereflexe účastníků (39).

## **1.10 Hodnocení, zpětná vazba a reflexe v supervizi**

### *Hodnocení*

Hodnocení je proces, při kterém supervizor usiluje o objektivní posouzení kvality práce supervidovaného a snaží se mu dát rady pro další činnost. Hodnocení by se mělo vztahovat nejen ke kvalitě pracovních výkonů, ale i k míře dosažených výsledků. Pomocí hodnocení se uvolňuje psychické napětí, poněvadž hodnocení zúčastněným zřetelně ukazuje, jak si supervidovaný „stojí“. Při nedostatku hodnocení, může dojít až k úzkosti, jelikož supervidovaný si není jist, zda jeho fungování odpovídá nárokům organizace. Pro supervidovaného má čas vyhrazený k formálnímu hodnocení silný význam, získá tím náhled na změnu, kterou prošel, a též náhled na cíle, které byly dosaženy v průběhu určeného období. Hodnocení napomáhá supervidovanému ujistit se v jeho činnosti, poněvadž jej hodnotí odborník - supervizor, který má všechny potřebné schopnosti a dovednosti k tomu, aby hodnocení mohl uskutečnit objektivně (45).



Hodnocení se provádí i v týmové supervizi. Hodnotit lze vůči předem jasně stanoveným cílům v kontraktu. Proces hodnocení supervize v organizaci si lze představit např. jako stupňovitý vodopád:

- průběžné hodnocení po každém případě na jednotlivém sezení, by mělo být zakotveno ve shrnutí na závěr celého setkání,
- závěrečné shrnutí představuje zdroj dalšího hodnocení po delší době supervizí,
- dlouhodobé hodnocení je zdrojem pro hodnocení roční, případně bilance celkové supervizní spolupráce (26).

### *Zpětná vazba*

Po dohodě se supervidovaným by měla být zpětná vazba poskytnuta co nejdříve po události a měla by se stát nedílnou součástí supervizního vztahu. Tomu by měl být také uzpůsoben styl vyjadřování. Je vhodné se vyhnout používání odborných výrazů. Zpětnou vazbu je třeba spojit s jednoznačným vymezením očekávaného chování. Před poskytováním zpětné vazby je potřeba vytvořit příjemnou atmosféru, aby se supervidovaný cítil bezpečně. Zdůrazněny by měly být především dobré výsledky, aniž by však byly ignorovány ty špatné. Supervizor má za úkol ohodnotit správné chování ještě dříve, než přejde k chování supervidovaného, které vyžaduje změny. Může se stát, že supervidovaný bude zpětnou vazbou frustrován, což je nutné vnímat a mít to pod kontrolou. Frustrace nesmí dosáhnout takové intenzity, aby přesáhla jeho adaptační schopnosti (45).

### *Reflexe*

Pojem reflexe pochází z latinského slova *reflexio*. V psychologii to znamená druh sebezpozorování, obrácení myšlení na sebe, na vnitřní prožitky a do vlastního vědomí (22). Reflexe tudíž očekává zaměření pozornosti na konkrétní věc či zkušenost. Jestliže je toto zastavení spojeno s kreativitou a vytvořením místa pro něco nového, může dojít k reflexi, kdy tak získáme nový pohled na jistý prožitek. Nezbytnost získání reflexe na určitou zkušenost je podstatou supervize, a právě tato skutečnost supervizi odlišuje od kontroly či dohledu (26).

### 1.11 Koučování

Koučování je složitý pojem, který je dnes používán v mnoha situacích. Původní význam slova kouč (v angličtině coach) je „kočár“. Slovo je původem z maďarštiny. Angličtina používá coaching v obecném smyslu poskytování rad, poučení a instruování (17).

Koučování se dá zjednodušeně nazvat jako poradenství bez poradce. Je to proces, při kterém se řešení tvoří v hlavě koučovaného, na rozdíl od poradenství, kde se řešení tvoří v hlavě poradce. Kouč speciálně vedeným rozhovorem, stimulačním přemýšlením, umožňuje koučovanému podívat se na téma z více stran, různými způsoby a umožní tak klientovi najít cestu i tam, kde se již možnosti zdály být vyčerpány, nebo byly skryty. Přitom nemusí jít jen o rozuzlení problémů. Často jde o hledání optimálních alternativních řešení, variant či nacházení nových pohledů a vazeb. Někdy stačí jen malá změna úhlu pohledu a pozastavený proces se může plynule dále rozjet i bez kouče. Zlomovým bodem často bývá lepší uvědomění si vlastních vnitřních a vnějších zdrojů, přehodnocení a uvědomění si priorit, odstranění vnějších a vnitřních překážek či stereotypů. Proces koučování nejen objasňuje cíl, rozšiřuje vnímání reality a podporuje kreativitu, ale přivádí i ke konkrétním závěrům. Koučování vede ve výsledku k přijetí rozhodnutí, navrhuje posloupnost kroků i způsob jejich realizace.

*Komu je koučování určeno:*

- manažerům podnikatelských i nepodnikatelských organizací,
- pracovníkům kontaktních center,
- lékařům, zdravotníkům, učitelům, vychovatelům, sociálním pracovníkům, pracovníkům ve státní a veřejné službě,
- lidem, kteří chtějí mít vyvážený pracovní a soukromý život (23).

Koučování je postaveno na kompetentnosti účastníků a nadále jejich kompetence rozvíjí. Klade důraz na připravenost účastníků při jejich prvním koučování, na jejich chuť soustavně na sobě pracovat a na pracovní prostředí, ve kterém koučování probíhá (59).

### *Výhody pro organizaci*

V rámci organizace dojde prostřednictvím koučování zejména k upevnění vzájemných vztahů mezi jednotlivci (předání znalostí, zkušeností a dovedností), vytvoření mnoha příležitostí naučit se více z reálných pracovních zkušeností, k rozvíjení lidí finančně úsporným způsobem, úspoře času, který by jinak zaměstnanci trávili na rozličných seminářích a kurzech, dále též dojde ke zlepšení kvality práce a k vytváření příjemného pracovního prostředí, ve kterém se všichni pořád zdokonalují a navzájem podporují (18).

### **1.12 Zavádění supervize do organizace**

Předpokladem úspěšného zavedení supervize na pracoviště je směřování k organizační kultuře tzv. „učící se organizace“, u které převažuje otevřený postoj k celoživotnímu učení (43).

Celoživotní vzdělávání je považováno za nástroj, který zdravotním sestřám nabízí možnost nabývat aktuální informace, nové poznatky, zkušenosti, dovednosti a reagovat tak na dynamické změny v poskytování zdravotní péče (3).

Každá organizace je jiná a má odlišné potřeby, proto nejde dát jednotný návod, jak se supervizi v organizaci začít. Na počátku zavádění supervize by měla padnout otázka PROČ. *Proč chceme supervizi do organizace? Jaký bude její účel? Co od ní vlastně očekáváme?* Dále se musíme zamyslet nad tím, zda využijeme možnost externího či interního supervizora a zda chceme supervizi skupinovou nebo individuální. Důležité je vědět, jak se k zavádění supervize staví pracovníci organizace. Pokud dopředu známe názory a postoje pracovníků organizace k zavádění supervize, předejdeme tak případné nespolupráci. Pracovníci musí být dostatečně seznámeni s tím, co to supervize je a k čemu slouží. Musíme být připraveni umět jim naslouchat a pochopit jejich očekávání i obavy. Teprve pak je možné s nimi diskutovat o tom, co přinese supervize naší organizaci. Stejně tak nemůže čekat, že všichni přijmou supervizi s nadšením. Může se stát, že ji někdo přijde na chuť až po několika setkáních a jiný ji bude pojmát jako nezbytné *zlo*, které k práci patří. Vždy však stojí za pokus snažit se pozitivně naladit co nejvíce budoucích supervidovaných pracovníků (51).

### *1.12.1 Faktory ovlivňující využití supervize ve zdravotnictví*

#### **Obtíže při zavádění supervize do organizace**

Hlavním problémem objevujícím se při zavádění supervize do organizace, je nepochopení pojmu supervize. Neustále je u mnoha pracovníků pojem supervize spojován s „kontrolou shora“ a s následnými postihy za odhalené chyby. Eventuálně je supervize pro pracovníky slovo úplně neznámé. Každé pracoviště potřebuje jiný typ supervize, ale málokteré z nich si jej samo dokáže určit (25).

#### **Očekávání pracovníků**

Pracovníci, kteří nějaké informace o supervizi mají, vycházejí často pouze ze svých zkušeností s jednou z forem supervize. U pracovníků, kteří mají zdravotnické vzdělání, se většinou setkáváme s dobrou znalostí balintovských skupin. Ti pracovníci, kteří se již někde se supervizí setkali a jejichž zkušenost je pozitivní, očekávají většinou od supervize více, než jim může nabídnout. Typickým očekáváním je, že si pracovníci představují supervizi jako zázračný lék na pokles pracovní motivace a syndromu vyhoření, který vyřeší špatné vztahy na pracovišti. Lze se setkat i s tím, že kontrolní funkce je zdravotnickými pracovníky odmítána, jelikož pracují podle postupů „lege artis“ a je u nich kladen důraz na objektivní hodnocení jejich instrumentálního výkonu. Obava ze supervize ve smyslu nové kontroly je proto pochopitelná (51).

#### **Provozní překážky**

Ve zdravotnictví funguje vícesměnný provoz zdravotnického personálu, což je jeden z faktorů, komplikujících plánování supervize a je velmi těžké najít ideální začlenění supervize do provozu pracoviště. Bezpochyby jsem také patří finanční náročnost supervize. Náklady na opatření supervize dosud nejsou považovány za samozřejmou složku výdajové části rozpočtu zdravotnické organizace. Naskytá se možnost využití levnější varianty pomocí supervize interní, ale ředitelé i vedoucí pracovníci jsou většinou bezradní, jak tuto formu supervize zavést (21).

## 1.13 Profesní organizace v oblasti supervize

### Český institut pro supervizi (ČIS)

Kooperací Dr. Henkové, České asociace pro transakční analýzu, doc.Kožnatého, Dr. Pfeiffera, Pražským psychoterapeutickým institutem a britské psychoterapeutky a supervizorky Julie Hewson (členka předsednictva Evropské asociace pro supervizi - EAS) byl v lednu 2002 založen Český institut pro supervizi. Pod vedením J. Hewson začaly probíhat výcviky pro supervizory, garantované Evropskou asociací pro supervizory. EAS sdružuje supervizory z různých profesních oblastí, rozličných směrů a škol (10).

#### 1.13.1 Vzdělavatelé v supervizi

V ČR existuje několik organizací, které se snaží vzdělávat supervizory, a to:

**1) ČIS (Český institut pro supervizi)** - účastník výcviku musí absolvovat cca 600 hodin výcviku. Nejdříve však musí splnit vstupní kritéria výcviku pro přijetí, které si ČIS stanovil:

- vysokoškolské vzdělání humanitního směru nebo medicíny,
  - nejméně 13 let praxe v oblasti pomáhajících profesí,
  - 120 hodin supervize vlastní práce; z toho 20 hodin individuální supervize,
  - úspěšně absolvovaný přijímací pohovor,
  - zkušenost s vedením týmu (3 roky) nebo zkušenost s vedením uceleného vzdělávacího programu v oblasti pomáhajících profesí (nejméně 200 hodin)
- (12).

#### *Struktura a náplň supervizního výcviku*

Supervizní výcvik je rozdělen do tzv. čtyř košů. Dva koše znázorňují oblast „dostávání“ a zbylé dva oblast „dávání.“

**Koš 1** obsahuje nejméně 140 hodin výuky „face to face“ ve výcvikové skupině v průběhu minimálně 1,5 roku. Výuka zahrnuje dohromady 6 modulů po cca 20 hodinách. Minimálně 80 hodin účastník absolvuje v jednom souvislém kurzu, další část

je možné nahradit v dalším výcviku akreditovaném ČIS, a to tak, aby výuka zahrnovala všech 6 modulů. Požadovaný počet hodin je nejméně 120. Každý modul se skládá z 20 hodin výuky face to face a následujících 12-ti hodin intervize. Další součástí koše 1 je výzkum a samostudium (11).

**Koš 2** zahrnuje další výcvik, intervizi, balintovské skupiny, workshopy a profesní vývoj, který souvisí s tématem supervize v počtu nejméně 100 hodin. Do koše lze také započítat supervizi vlastní práce. Je vhodné, aby většina této supervize byla již v intencích integrativní supervize a aby představovala co nejrozsáhlejší spektrum typů supervize - skupinová, individuální, týmová, aj., a to z toho důvodu, aby účastník výcviku nabyt vlastní zkušenost s různými typy supervizní práce (11).

**Koš 3** obsahuje psaní článků, výzkum, vedení workshopů, učení, aktivní účast na seminářích, vše se spojitostí k supervizním tématům. Do koše je možné zahrnout i poskytovanou supervizi. I v tomto případě by spektrum typů supervizí mělo být co nejširší (11).

**Koš 4** je supervidovaná supervize, v počtu nejméně 60 hodin. Z toho 45 hodin představuje přímá práce se supervidovaným subjektem (jedinec, skupina, tým nebo organizace) a 15-ti hodinami jsou zastoupeny konzultace se supervidujícím supervizorem. Musí být nejméně tři supervidované případy, a každý z nich by měl být rozložen do pěti sezení. Supervizi supervize by měli poskytovat supervizoři ČISu s licenci „vyučující supervisor“ (11).

*Kritéria pro zakončení výcviku:*

- splnění vstupních kritérií,
- splnění požadovaného počtu hodin,
- závěrečné posouzení (11).

2) **ČAS (Česká asociace streetwork)** - poskytuje vzdělávání v oblasti supervize, zaměřuje se na případovou supervizi, terénní práci a kazuistiku. Vstupní kritéria jsou podstatně mírnější než u ČISu (délka výcviku čítá 375 hodin) (8).

3) **REMEDIUM** – vytváří prostor pro vzdělávání, podporu a pomoc v psychosociální oblasti. Poskytuje vzdělávací program s názvem *Řízení a supervize v pomáhajících profesích*, který se skládá ze dvou větví - kurzů a workshopů. Výcviky a kurzy jsou tvořeny třemi na sebe navazujícími úrovněmi a každá z nich má své specifické cíle. Účastník kurzu absolvuje jednotlivé úrovně vzdělávacího programu dle svých vzdělávacích potřeb, s ohledem na své předešlé odborné dovednosti, na své pracovní zařazení a v kongruenci se vstupními požadavky jednotlivých kurzů a výcviků. Workshopy v oblasti supervize může účastník absolvovat podle praxe v jednotlivých oblastech (60).

4) **Institut supervize a koučování HERMÉS GROUP PRAHA** – tato organizace nabízí vzdělávací výcvik s názvem *Systemická supervize a koučování*. Zaměřuje se především na systemickou supervizi. Tento přístup vychází z konstruktivistického a systémového pojetí supervize, rozvíjí její obecně chápaný rámec. Jedná se o specifický způsob pomáhání a podpory, který vede k výrazně intenzivnějšímu přemýšlení supervidovaných profesionálů. Z takové supervize budou určitě těžit lidé:

- mající tvořivou mysl,
- vnímající člověka jako cenný a hojný zdroj možností a rozvoje,
- mající touhu dosahovat nebo nepřetržitě udržovat výborné výsledky své práce, osobní kvality a kondice,
- připraveni překonat přechodné nepohodlí vznikající při překročení hranic běžných zvyklostí (32).

5) **Institut pro systemickou zkušenost** – v roce 2007 byl institut rozdělen do dvou center:

a) *Management centrum* - je privátní institut, který je zaměřený na teoretický a praktický rozvoj systemického myšlení v oblasti zdravotnictví, školství a psychoterapie (31).

b) *Vzdělávací středisko* – nabízí kurzy různého zaměření, vyjma supervize (72).

**6) Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy** – na této fakultě je zájemcům umožněno studovat magisterský obor *Řízení a supervize ve zdravotnictví a sociálních organizacích* pod záštitou PhDr. Zuzany Havrdové, Csc. Absolvent oboru se stává specialistou v oblasti pomáhajících profesí, který se na základě širšího vědního základu z oblasti humanitních věd a managementu dokáže orientovat v evropských systémech zdravotní a sociální péče a sociální politiky. Rozumí vývoji těchto systémů, chápe spojitost mezi faktory sociálního a ekonomického prostředí a jejich důsledky na rozhodování řídicích pracovníků a je schopen souhrnně analyzovat sociální nebo zdravotnickou organizaci. Umí se orientovat ve specifických potřebách zdravotně znevýhodněných osob, v jejich právech a v etice sociálních a zdravotnických profesí. Absolvent získá i dostatečný přehled o problematice řízení a supervize v sociálních a zdravotnických zařízeních, pochopí úlohu supervizní práce v řízení a možnost využití supervize pro zlepšení kvality (16).

#### **1.14 Etika v práci supervizora**

Profesionální etika v oblasti supervize je spojena jak obecnými etickými pravidly (např. Charta lidských práv), tak i konkrétními etickými pravidly, která jsou obsažena v kodexech jednotlivých profesí (4).

V České republice je uznáván etický kodex Evropské asociace supervizorů (EAS), není však závazný pro všechny. Závazný je výhradně pro supervizory, kteří jsou sdruženi v Českém institutu pro supervizi (51).

##### *1.14.1 Etické zásady Evropské Asociace supervize*

V této kapitole jsou uvedeny jen body, které jsou významné z pohledu supervidovaného. Úplné znění etických zásad Evropské Asociace supervize je uvedeno v příloze č. 1.

#### **Základní principy**

- Supervizor respektuje důstojnost všech lidí, snaží se vyvarovat diskriminace.



- Supervizor má chránit supervidovaného a jeho klienty, má supervidovanému poskytovat, co nejlepší službu a naopak nemá dělat nic, co by nějak mohlo poškodit supervidovaného.
- Supervizor má usilovat o to, aby si supervidovaný uvědomoval důstojnost, zodpovědnost člověka a autonomii.
- Supervizor má věnovat velké úsilí optimálnímu naplnění zakázky supervidovaného (15).

### **Prospěch a práva supervidovaného a klienta**

- vztah supervizora a supervidovaného by měl být založený na supervizní dohodě,
- supervizor má informovat klienty o jejich právech,
- vztah mezi supervizorem a supervidovanými je vymezen v supervizní dohodě a končí ukončením dohody. I po ukončení dohody ale zůstávají tyto závazky:
  - zachování důvěrnosti informací,
  - nezneužití předchozího vztahu,
  - poskytnutí potřebné následné péče v případě naléhavosti.
- všechny pracovní poznámky (poznámky zaznamenané během rozhovorů, korespondence, výsledky testů, zvukové či obrazové nahrávky) jsou důvěrnými informacemi a mohou být použity pro výcvik a výzkum jen tehdy, pokud k tomu dal supervidovaný písemný souhlas (15).

### **Profesionální činnost supervizora**

- Supervizor nepřijímá žádné supervizní zakázky, pro které nemá speciální výcvik.
- Supervizoři se i nadále vzdělávají v oblastech, v nichž pracují.
- Supervizoři musí zajistit, aby frekvence a doba kontaktu se supervidovanými odpovídala zakázce.
- Supervizoři mají supervidovaným poskytnout v průběhu supervizních setkání zpětnou vazbu, která může být oficiální nebo neformální, písemná nebo ústní.

- Supervizoři nesmí poskytovat psychoterapii jako doplněk supervize během ní ani po ní (15).

### **Profesionální praxe**

- V průběhu celé své profesionální kariéry pracují supervizoři pod supervizí, bez ohledu na to, jaký typ výcviku nebo složené zkoušky mají. Musí stále udržovat krok s rozvojem svého oboru tím, že se budou účastnit seminářů a konferencí.
- Supervizoři se musí na veřejnosti zdržet nevhodných poznámek nebo nadávek na některého z dalších členů EAS. Osobní i odborná kritika je vítána.
- Supervizor může vystoupit proti kolegovi, pokud má důvod se domnívat, že ten nejedná v souladu s etickými zásadami (15).

Před zahájením supervizní činnosti je vhodné projít si všechny etické standardy, o které se profesionální práce s klientem opírá. Je nutné vzít v úvahu, jak se každý standard vztahuje na supervizní práci. Hawkins a Shohet popisují čtyři základní zásady:

- 1) *Vytváření etické citlivosti* - můžeme sem zařadit povědomí o následcích chování na druhé a vzhled do možných etických požadavků interpersonálních situací.
- 2) *Formulování morálního pořadí aktivit* - zde můžeme zařadit souhrn mezi profesionálními etickými pravidly a vlastními etickými zásadami.
- 3) *Uskutečnění etického rozhodnutí* - nezbytnost dotáhnout do konce a realizovat etická rozhodnutí při zvládnání odporu.
- 4) *Přijímání dvojznačnosti etických rozhodnutí* - potřeba se vypořádat s nejistotou a pochybnostmi (27).

*„Lidskou mysl nejvíce rozruší to, co není vidět“*

*J. Caesar*

## **1.15 Stres**

Pojem stres poprvé použil kanadský endokrinolog H. Selye, a to pro označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé zátěže. Stres je podle Selyeho souhrn všech adaptačních reakcí biologického systému, které bývají spuštěny nescifickou noxou (70).

Hartl definuje stres jako nadměrnou zátěž neúnikového druhu, která vede ke stresové reakci (22).

Somatické projevy stresu se týkají hlavně vegetativních změn (endokrinní změny jako aktivace nadledvinek a produkce hormonů, zvýšená aktivita sympatiku). Mezi psychické projevy patří vnitřní vzrušení, zesílené emoční prožívání a napětí (1).

### *1.15.1 Příčiny stresu*

Studie dokazují, že existují dva základní zdroje stresu. Za prvé jsou to stresové faktory, které vychází z vnějších okolností našeho života - jsou utvářeny naším studiem, zaměstnáním, nebo životem v rodině. Za druhé jsme to my sami, neboť si často vytváříme vlastní stres. Už samotný způsob, jakým přistupujeme k řešení problémů, náš temperament, charakter naší osobnosti, úroveň sebeovládání - to všechno může být zdrojem stresu. Všeobecně lze říci, že míru našeho stresu ovlivňuje stupeň našeho duševního a tělesného zdraví. Pokud jsou dost silné vnější stresové faktory, pak pociťují stres i lidé nejlépe vybavení. Na druhé straně, na psychicky labilní jedince mají vliv i ty nejslabší stresové faktory (50).

### *1.15.2 Stresory-negativní životní faktory*

Pod pojem stresory zahrnujeme všechny podněty, které jsou schopny vyvolat stres. Trachtová při svém výzkumu zjistila, že pro sestry je nejvíce stresující profesionální odpovědnost, finanční ohodnocení, nedostatek kvalifikovaného personálu, nedostatečná prestiž oboru, administrativa a ošetřování umírajících. K výše uvedeným stresovým faktorům lze dále přičíst i následující:

- komunikace s agresivním klientem, nespolupracujícím nemocným,
- umírající děti,
- depresivní nemocné osoby s tendencí sebepoškozování,
- neadekvátní opakované požadavky nemocných,
- nespokojenost v zaměstnání,
- nízká sociální podpora,
- vysoké požadavky na profesionalitu sestry (53).

Pojem *distres* se rozumí negativně prožívaný stres. Zpravidla se jím vyjadřuje situace subjektivně prožívaného ohrožení dané osoby s jeho negativními emocionálními příznaky. Jinak řečeno, k distresu dochází tam, kde předpokládáme, že nemáme dost sil a možností, zvládnout to, co nás ohrožuje, a proto se po emocionální stránce necítíme dobře. Opakem distresu je *eustres*. Jde o situaci, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám přináší radost, nicméně to vyžaduje určitou zvýšenou námahu. Mezi situace, které vyvolávají eustres patří např. výhra v loterii, svatba, narození dítěte, sportovní výkony, různé oslavy (41).

### 1.15.3 Salutory- pozitivní životní faktory

Salutory jsou faktory, které člověka posilují, povzbuzují a dodávají mu sílu v těžkých situacích a výdrž v boji se stresory. Příkladem takového salutoru je typicky pochvala a uznání lidí, kterých si sami vážíme, nebo také smysluplnost vykonané činnosti (41).

Pokud nedojde ke zvládnutí stresu, mohou se objevit různá psychosomatická onemocnění. Mezi nejčastější z nich patří:

- gastrointestinální potíže,
- astma bronchiale a dušnost,
- poruchy krevního tlaku a srdeční arytmie,
- žaludeční vředy,
- únava, bolesti hlavy (55).

## 1.16 Syndrom vyhoření

Zdravotní sestry berou zpravidla svou práci jako poslání, přináší jim radost a naplňuje jejich životy. Má ale také svá úskalí, mezi které je nutné zařadit i syndrom vyhoření (65).

První zmínky o syndromu vyhoření byly publikovány v USA už v letech 1974 - 1975, kdy pojem *burnout* začal používat H. J. Freudenberger. Tento syndrom se vyskytuje v profesích, pro které je charakteristická vysoká pracovní náročnost, intenzivní kontakt s lidmi a zpravidla neadekvátní ohodnocení. Tato kritéria bezesporu splňuje i zdravotnická profese a je tedy syndromu vyhoření rovněž vystavena (1).

Kebza definuje syndrom vyhoření jako stav psychického, fyzického, sociálního a emocionálního vyčerpání. Syndrom vyhoření nenásleduje po akutním stresu, ale završuje různě dlouhé období stresů, přetížení, nevyspání, hádek a konfliktů (38).

Příslloví říká: „*Abychom mohli vyhořet, musíme nejprve vzplanout*“ (71, s.80). Tím jsou definovány podmínky, ve kterých je člověk více ohrožen vyhořením. Pomáhající profese jsou náročné na očekávání od pracovníků. Jedná se o profesi založenou na vztahu mezi klientem a pracovníkem, a tak není divu, že se čas od času syndrom vyhoření u některých jedinců projeví (71).

### 1.16.1 Stádia vývoje syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků

Kopřiva ve své knize popisuje syndrom vyhoření jako stav, dlouhodobé záporné energetické bilance. Stav, kdy člověk nenalézá zdroje radosti, kdy není dobře zakotvený ve svém těle. Dle autora vedou k syndromu vyhoření tři cesty:

- a) **Ztráta ideálů:** Kdo hoří, může vyhořet. Každou novou cestu doprovází nadšení a radost. Zvykne si na pracovní režim, je plný síly a elánu, pracuje i přesčas. Jeho práce ho těší a vidí v ní smysl. Postupem času přicházejí problémy a povolání najednou ztrácí smysl.
- b) **Pojem workoholismus:** v překladu znamená závislost na práci. Jedinec má neustálou potřebu pracovat intenzivněji, s ještě větším nasazením a bez odpočinku.

- c) **Teror příležitostí:** Každé nové zaměstnání přináší i nové pracovní možnosti. Práce se sebou také přináší i nová úskalí, problémy a odkrajuje si postupně náš volný čas. Jedinec najednou nemá čas na běžné aktivity. Nejedná se v tomto případě o nutkavost workholika, jako spíše o nedostatek řádu v životě, horší kontakt s realitou a někdy i též o neschopnost odmítnout (39).

Bártlová uvádí jiný postup procesu, jehož vyvrcholením je syndrom vyhoření. Často trvá několik let a jedinec během něj prochází několika fázemi:

**1. Nadšení** - zdravotní sestra přichází do nové práce s určitými ideály, jak bude nemocným napomáhat v uzdravování, obvykle s plným nasazením a přesvědčením, že bude pacientům poskytovat kvalitní péči. Je svolná pracovat i nad rámec svých pracovních povinností.

**2. Stagnace** - nadšení a motivace se časem otupí, požadavky pacientů začínají sestru unavovat, někdy až otravovat. Vyhýbá se kontaktu s pacienty, vinu za své problémy přesouvá na pacienty.

**3. Frustrace** - sestra prožívá velké zklamání ze svého povolání.

**4. Apatie** - sestra dělá jen to nejnужnější, straní se komunikace s pacienty, ostatním personálem a nemá zájem o další vzdělávání.

**5. Vyhoření** - sestra je ve stavu plné neangažovanosti a vyhýbá se téměř všem profesním požadavkům (2).

#### *1.16.2 Projevy syndromu vyhoření*

Můžeme je rozdělit na tři základní typy, a to:

**1) Somatické projevy:** mezi tyto projevy řadíme poruchy spánku, související s usínáním nebo brzkým probouzením se. Dále pak poruchy příjmu potravy, bolesti páteře, bolesti břicha a trávicí problémy.

**2) Psychické projevy:** závisí na stupni psychického a fyzického zatížení jedince. Do těchto psychických projevů řadíme deprese, ztrátu zájmu, pocit nedostatku energie, střídání nálad, nespokojenost.

**3) Sociální projevy:** těmi se rozumí omezování sociálních kontaktů, neochota, depersonalizace, necitlivý přístup ke klientům a pacientům (57).

### *1.16.3 Důsledky syndromu vyhoření*

Syndromem vyhoření netrpí jenom zdravotní sestra, ale v důsledku jejího vyčerpání může docházet i k postižení pacienta. Sestra se vyhýbá svým povinnostem, nekomunikuje s pacientem, celkově může docházet ke zhoršení kvality ošetrovatelské péče. Syndrom vyhoření nemá za následek jen záporný postoj k sobě samému a k pacientovi, ale také ovlivňuje postoj k dalšímu zdravotnickému personálu, rodinným příslušníkům a přátelům. Někdy bývá příčinou manželských konfliktů a může působit destruktivně i na mezilidské vztahy. Jedinec, který není spokojen v práci, zpravidla očekává víc od partnera a blízkých přátel a takový stálý tlak se zvyšujícími požadavky vydrží jen málo vztahů (2).

Je důležité naučit se hodnotit a reflektovat 3 druhy hranic:

- vlastní hranice – co vydržím, co dokážu, co na sebe všechno mohu vzít, abych nebral soběstačnost a odpovědnost klientovi nebo jeho rodině,
- hranice klienta – co může unést, co se dokáže v daném čase a situaci naučit, co dokáže změnit, jak dlouho se dokáže ovládat,
- hranice celého systému – kdo za to všechno zodpovídá, jaké jsou možnosti podpory, pomoci a případné změny (24).

### *1.16.4 Prevence syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků*

K dobrému výkonu povolání zdravotní sestry je třeba mít dostatečné množství psychické síly. Pokud je síla k dispozici, práce se daří, jestliže chybí, přichází místo energie únava, místo radosti lhostejnost a místo síly vyčerpanost. Hlavním faktorem, kterým se dá předcházet syndromu vyhoření, je žít smysluplný život. Důležité je mít především pořádek v žebříčku hodnot, vědět, co je nejdůležitější a co méně důležité. Není podstatné mít jen „nějaký“ cíl, ale mít cíl konkrétní, hodnotný, nadějný a hlavně dosažitelný. Dalším faktorem prevence je mít trvalý zájem o rovnováhu mezi tím, co nám dodává sílu (salutory) a tím, co nás stresuje (stresory). Stresory nám dodává sám život, o ty se starat nemusíme, ale o to co nám dodává sílu je třeba bojovat neustále (40).

Ten kdo se může profesionálně vyvíjet, ten nevyhoří. To potvrzuje pozorováním týmového rozvoje i supervize. Kdo umí pozitivně přijímat a hodnotit realitu své profese, má ze svého povolání radost. Takový člověk je více schopen zlepšovat detaily, pronikat k uspokojením, která může jeho práce poskytovat a v závislosti na ekonomické situaci své povolání i měnit. Dále je schopen nalézat možnosti uspokojení mimo svou profesi, v tom co mu práce poskytnout nemůže (62).

Belardi uvádí, jakými praktickými kroky je možné vhodně reagovat na syndrom vyhoření:

- konverzace se zaměstnancem,
- jednání o platu,
- stanovení nového cíle,
- podpora vzdělávání a rozvoj týmu,
- možnost koučování nebo supervize (6).

### **1.17 Poslání a role nelékařských zdravotnických pracovníků**

Posláním zdravotních sester ve společnosti je napomáhat jedincům, rodinám a skupinám k uspokojování a docílení fyzické, psychické, a sociální pohody v kontextu prostředí, v němž žijí a pracují. Sestry pomáhají jedinci, jeho rodině a přátelům aktivně se zúčastnit zdravotní péče, čímž dochází k podpoře jejich sebedůvěry a soběstačnosti (34).

#### *1.17.1 Hlavní funkce sestry:*

1. Řízení a poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu jednotlivci, rodině a skupině.
2. Výuka pacientů, klientů a zdravotnického personálu - zkoumá vědomosti a schopnosti jednotlivců z oblasti udržování a obnovy zdraví, poskytuje potřebné informace, pomáhá ostatním sestřím a spolupracovníkům při získávání nových zkušeností a dovedností.
3. Aktivní začlenění sestry do zdravotnického týmu - je součástí spolupráce, plánování, řízení a vyhodnocování ošetrovatelských služeb.



4. Rozvoj ošetrovateľskej praxe, kritického myslenia a výskumu - dochádza k zavádzaniu nových spôsobov práce ve snaže dosáhnout lepších výsledků, k rozvoji v oblasti výskumu s cílem zvýšit vědomosti a zlepšit zručnost v ošetrovateľskej praxi (34).

Na každém ošetrovateľskom pracovíšti jsou zdravotní sestry zodpovědné za ošetrovateľskou péči, která je v tomto prostředí poskytována klientům nebo pacientům. Zdravotní sestry udržují tuto odpovědnost bez ohledu na to, kdo tuto péči ve skutečnosti poskytuje. Sestra je často vyzvána, aby poskytla zpětnou vazbu pacientům. Zpětnou vazbu poskytuje jednotlivcům s informacemi o jejich vlastním chování ve vztahu k očekávání a normám. Neformální zpětná vazba funguje nejlépe a je bezprostřední. Nezbytný základ pro poskytování přiměřené zpětné vazby jsou komunikační dovednosti zdravotní sestry (14).

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1. Cíl**

Cílem diplomové práce je zjištění, zda skutečně dochází k provádění supervizí ve zdravotnickém zařízení v Jihočeském a Zlínském kraji.

Dílčím cílem je zmapovat četnost využití supervize v jednotlivých typech zdravotnických zařízení.

### **2.2. Předpokládané hypotézy**

**H1:** Ve zdravotnických zařízeních Zlínského kraje je supervize častěji využívána než v Jihočeském kraji.

**H2:** Častěji je supervize nařízena vedoucím pracovníkem a chápána zdravotními sestrami jako povinnost, než jako prevence syndromu vyhoření.

## **3. METODIKA**

### **3.1 Použité metody a techniky**

Výzkum byl proveden za využití metody dotazování, techniky sběru dat dotazníku a posléze doplněn o dva polostandardizované rozhovory s vedoucími pracovníky zdravotnických zařízení Zlínského a Jihočeského kraje.

### **3.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Soubor byl tvořen vedoucími pracovníky (hlavní sestry, vrchní sestry, náměstek/tykyně pro nelékařská zdravotnická povolání), kteří pracují v zdravotnických zařízení Zlínského a Jihočeského kraje. Zdravotnická zařízení jsem si vyspecifikovala následovně: nemocnice, psychiatrické léčebny, léčebny dlouhodobě nemocných, lázeňské léčebny, jesle, kojenecké ústavy, dětské domovy, dětská centra, krajské zdravotnické záchranné služby, sanatoria a klinika reprodukční medicíny.

### **3.3 Metodika kvantitativního výzkumu**

Dotazníky byly rozeslány prostřednictvím internetu na e-mailové adresy zdravotnických zařízení obou krajů. Byly určeny pro vedoucí pracovníky zdravotnických zařízení (viz. výše). Celkově bylo rozesláno 45 dotazníků, z toho se mi jich po telefonickém ugování vrátilo 39. Návratnost tedy činila 86%.

Z 39 respondentů bylo 37 žen a 2 muži. Dotazníkové šetření bylo prováděno v měsíci červnu a červenci 2011. Pro zmapování dané problematiky bylo využito kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum je metodou testování hypotéz, je postaven na dedukci: východiskem je teorie, jejíž základ tvoří hypotézy o tom, jaké vztahy mezi proměnnými by měly trvat, nasbírání data a hypotézy buď potvrdí nebo vyvrátí (13).

#### *3.3.1 Předvýzkum*

Osobně si myslím, že předvýzkum je velmi důležitý a je neoddelitelnou součástí vlastního výzkumu, zatímco u kvalitativního výzkumu máme příležitost respondentovi

otázku vysvětlit, pokud nechápe její význam, u kvantitativního tomu tak není. Pokud respondent nerozumí správně otázce, je možné že si vybere jednu z variant, která se mu líbí a zaškrtně ji. Tímto postupem může docházet ke snížení validity výsledků výzkumu.

V průběhu předvýzkumu jsem oslovila 5 respondentů s prosbou o vyplnění dotazníku a o zpětnou vazbu v případě, že některé z položených otázek nerozuměli. Požádala jsem je, aby mi nesrozumitelné otázky označili, a já tak měla možnost tyto otázky přeformulovat. Na základě výsledků předvýzkumu jsem dotazník upravila a přešla k realizaci vlastního výzkumu.

### **3.4 Metodika kvalitativního výzkumu**

Při zpracování výsledků jsem se rozhodla, že obohatím tento výzkum o podrobnější data z praxe, která získám při polostandardizovaných rozhovorech s vedoucími pracovníky. Vybrala jsem si tedy dva respondenty ze zdravotnických zařízení, kteří mi byli ochotni poskytnout rozhovor a u kterých jsem zjistila při provádění kvantitativním výzkumu, že u nich supervize probíhá. Rozjela jsem se do jednoho zdravotnického zařízení ve Zlínském kraji a jednoho v Jihočeském kraji. Setkala jsem se přímo s vedoucími pracovníky těchto zařízení. Schůzky byly velmi příjemné a obohatily mě o nové poznatky z praxe. Každému respondentovi jsem předložila znova svůj dotazník a snažila jsem se je navést k tomu, aby se o dané problematice více rozpovídali, a tím jsem získala podrobnější data o tom, jak v jejich zařízení supervize probíhá. Celý rozhovor jsem si zaznamenávala do poznámkového bloku.

### **3.5 Vlastní realizace kvantitativního výzkumu**

Pro zpracování praktické části kvantitativního výzkumu byla použita metoda dotazování, technika sběru dat - dotazník. V hlavičce dotazníku byly uvedeny mé iniciály, prosba a pokyny k vyplnění dotazníku. Zdůrazněna byla také anonymita. Dotazník pro respondenty obsahoval 24 otázek. Prvních 8 otázek se týkalo všech respondentů, zbylých 16 otázek vyplňovali jen ti respondenti, u kterých supervize ve zdravotnickém zařízení probíhá (viz. příloha č. 2.) V dotazníku jsem použila 9 otázek

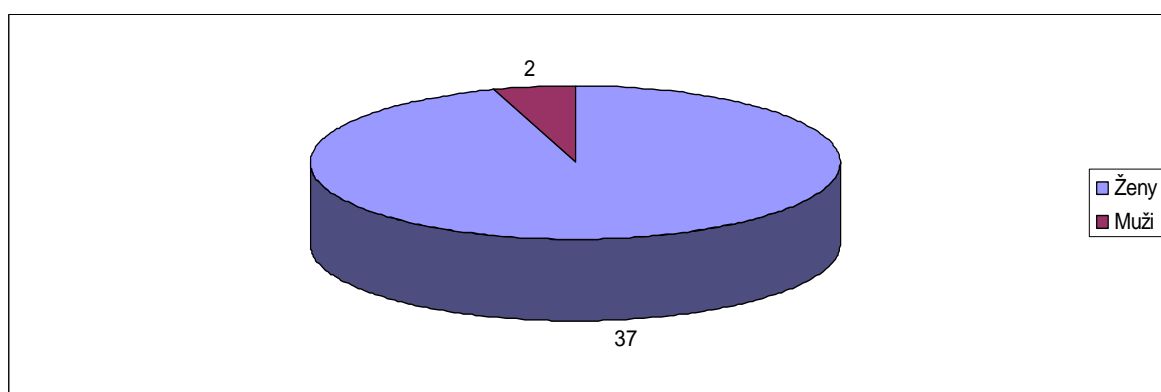
uzavřených, 7 otázek polouzavřených, 5 otázek polytomických (4 z nich byly s výběrem jedné alternativy a jedna s výběrem několika alternativ), dále dotazník obsahoval 2 otázky otevřené a jednu otázku filtrační, která mi rozdělila zkoumaný soubor na dva póly - zdravotnická zařízení, kde supervize probíhá a zdravotnická zařízení bez supervize. První dvě otázky byly identifikační, zbylé se týkaly zkoumaného problému. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2003 a uváděny v absolutních číslech.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

#### 4.1.1 Identifikační údaje respondentů

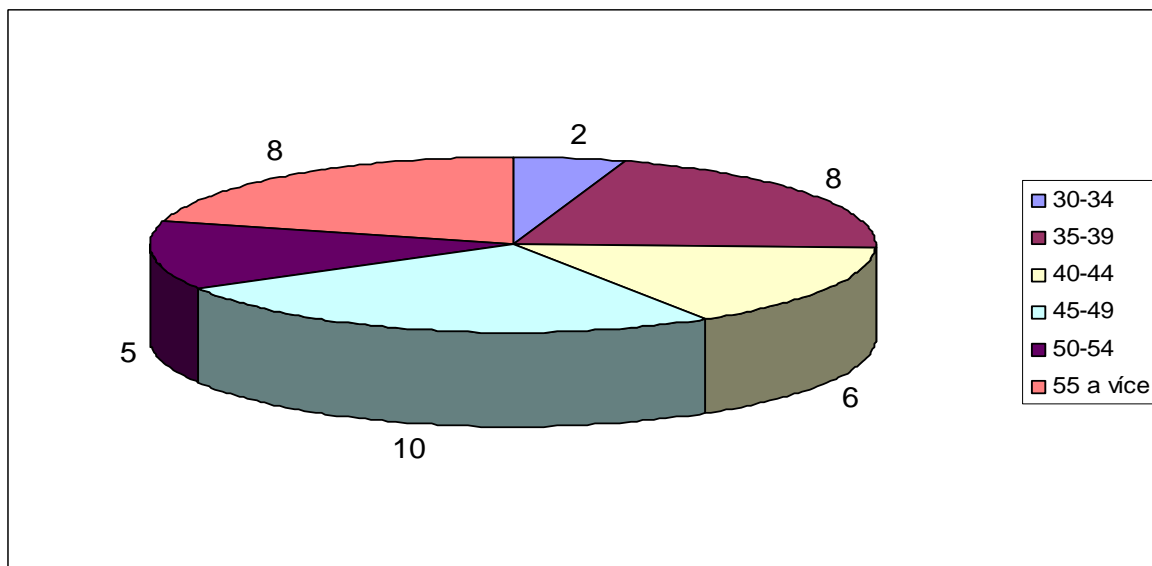
#### Graf 1: Pohlaví respondentů



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z tohoto grafu vyplývá, že soubor byl tvořen 39-ti respondenty, z toho bylo 37 žen a 2 muži.

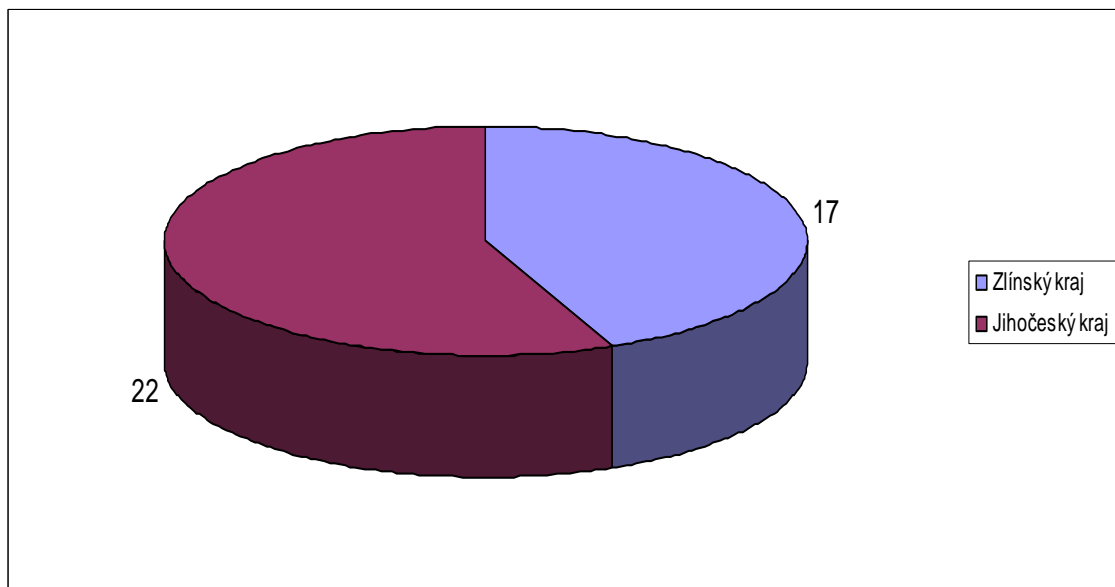
**Graf 2: Věk respondentů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Na tomto grafu je vidět věkové rozmezí respondentů. Z 39-ti respondentů byli 2 ve věku 30-34 let, 8 respondentů ve věku 35-39 let, 6 ve věku 40-44 let, 10 ve věku 45-49 let, 5 ve věku 50-54 let a 8 ve věku 55 a více.

**Graf 3: Kraj ve kterém respondenti působili**

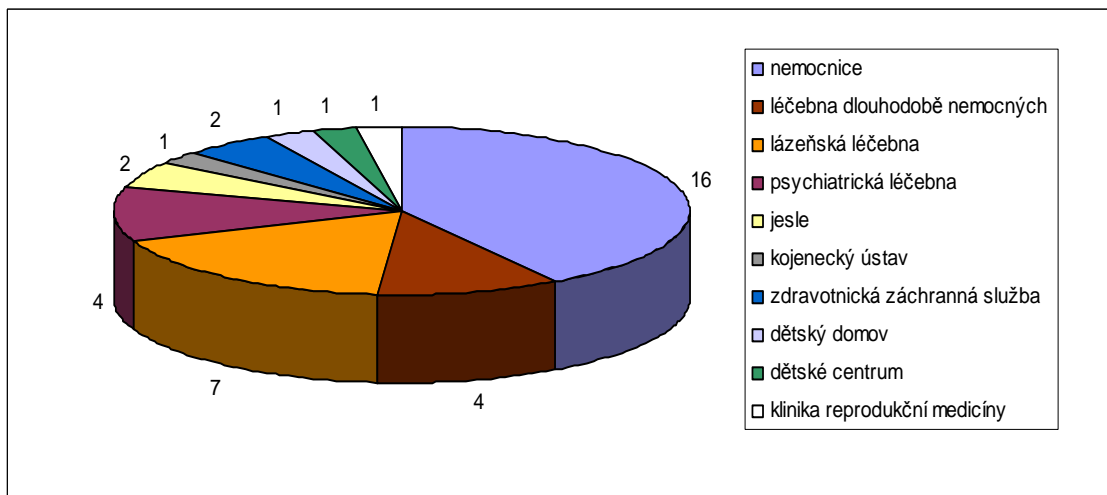


*Zdroj: vlastní výzkum*

Z tohoto grafu lze vyčíst, ve kterém kraji respondenti působili. Z 39-ti respondentů bylo 17 ze Zlínského kraje a 22 respondentů z Jihočeského kraje.



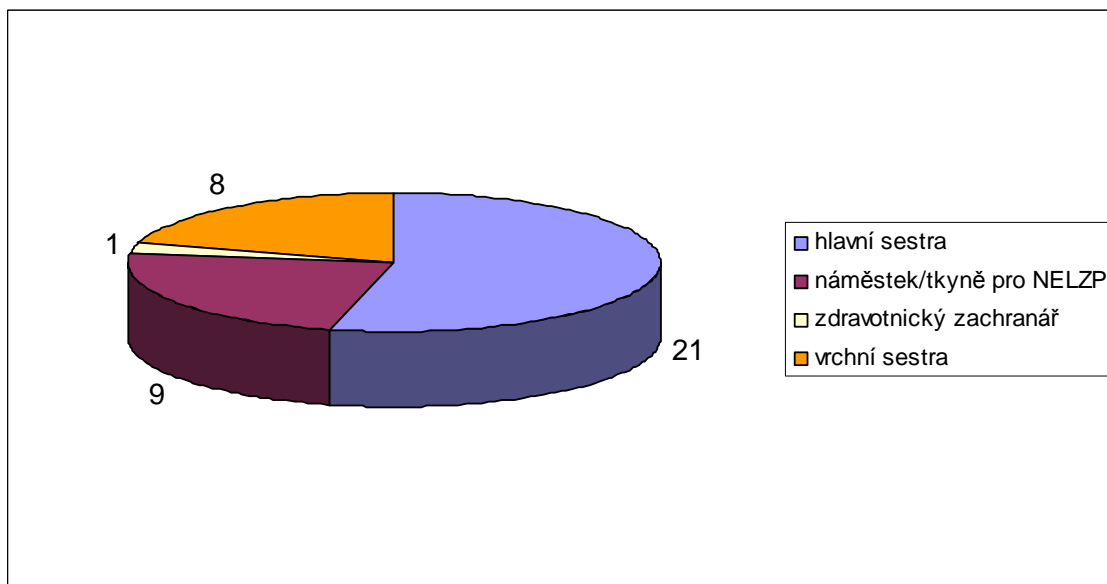
**Graf 4: Ve kterém zdravotnickém zařízení pracujete?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z grafu vyplývá, že z 39-ti respondentů pracovalo 16 v nemocnici, 4 v léčebně dlouhodobě nemocných, 7 v lázeňské léčebně, 4 v psychiatrické léčebně, 2 v jeslích, 1 v kojeneckém ústavu, 2 ve zdravotnické záchranné službě, 1 v dětském centru, 1 v dětském domově pro děti do tří let a 1 na klinice reprodukční medicíny.

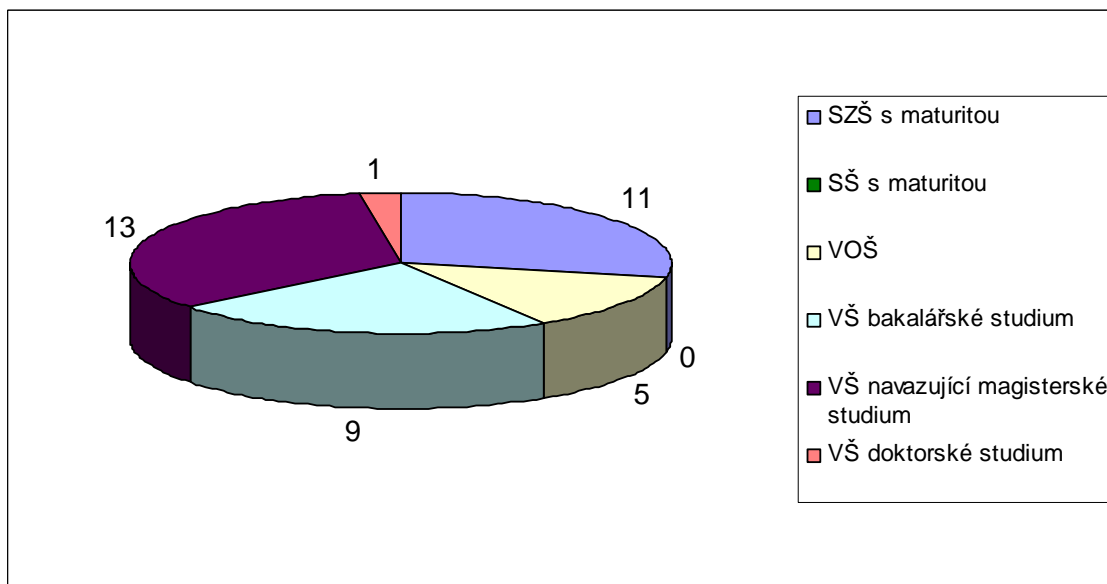
**Graf 5: Jaké je Vaše pracovní zařazení ve zdravotnickém zařízení?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Jak vyplývá z grafu, z 39-ti respondentů pracovalo 21 jako hlavní sestra, 9 jako náměstek/tkyně pro nelékařská zdravotnická povolání, 1 jako zdravotnický záchranář a 8 jako vrchní sestra.

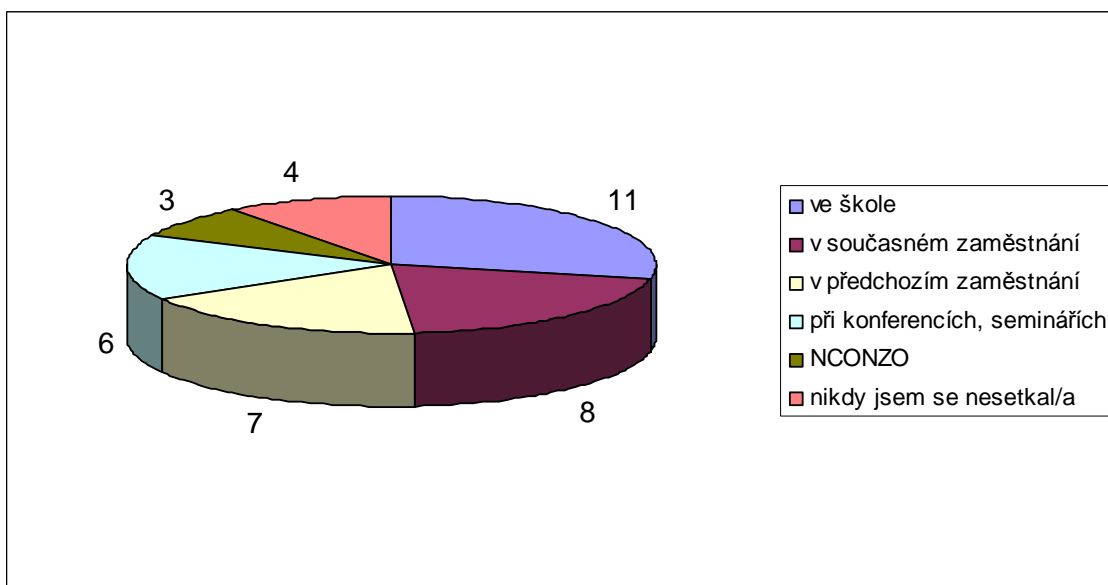
**Graf 6: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Zde je vidět, že z 39-ti respondentů mělo v otázce nejvyššího dosaženého vzdělání 11 z nich ukončenou střední zdravotnickou školu, 5 z nich ukončenou vyšší odbornou školu, 9 respondentů ukončilo bakalářské studium, 13 respondentů ukončilo navazující magisterské studium a pouze jeden respondent ukončil studium doktorské.

**Graf 7: Kdy jste se poprvé setkal/a s pojmem supervize?**

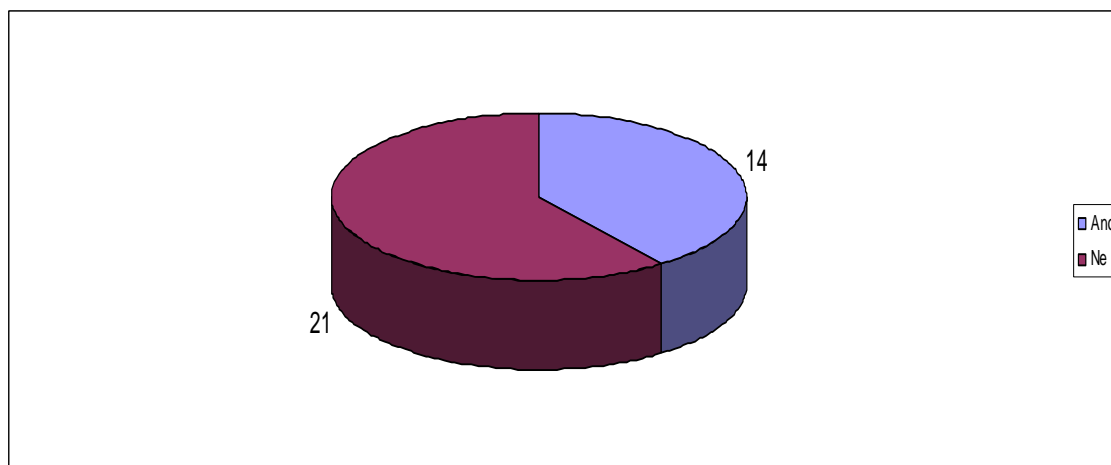


*Zdroj: vlastní výzkum*

Z 39-ti respondentů se 11 z nich poprvé setkalo s pojmem supervize ve škole, 8 v současném zaměstnání, 7 v předchozím zaměstnání, 6 při konferencích nebo seminářích, 3 v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů a 4 respondenti se s pojmem supervize nikdy nesetkali, a proto bylo pro ně touto otázkou dotazování ukončeno.

#### 4.1.2 Využití supervize ve zdravotnických zařízeních

**Graf 8: Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení zkušenosti se supervizí?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z toho grafu lze vyčíst, že z 35-ti respondentů odpovědělo 14, že zkušenosti se supervizí ve svém zařízení mají. Zbýlých 21 respondentů zkušenosti se supervizí ve zdravotnickém zařízení nemají, proto pro ně byly následující otázky irelevantní.

**Tabulka č. 1 ke grafu 8.**

*Porovnání zdravotnických zařízení, které supervizi využívají*

Kraj	Absolutní údaj	Relativní údaj
Zlínský	5	36%
Jihočeský	9	64%

*Zdroj: vlastní výzkum*

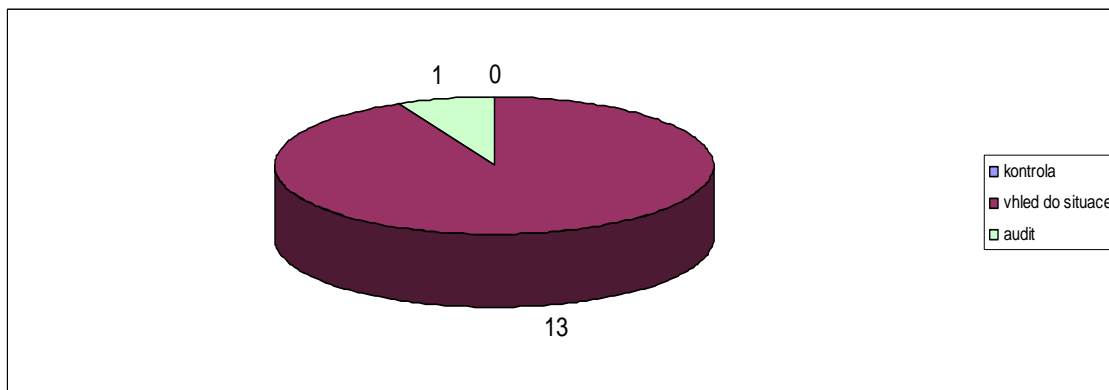
**Tabulka č. 2 ke grafu 8.**

***Četnost využití supervize v jednotlivých zdravotnických zařízeních***

<b>Typ zdravotnického zařízení</b>	<b>Absolutní údaj</b>	<b>Relativní údaj</b>
Nemocnice	7	50%
Psychiatrická léčebna	1	7,14 %
Léčebna dlouhodobě nemocných	2	14,28 %
Dětské centrum	1	7,14%
Dětský domov	1	7,14%
Jesle	1	7,14%
Klinika reprodukční medicíny	1	7,14 %

*Zdroj: vlastní výzkum*

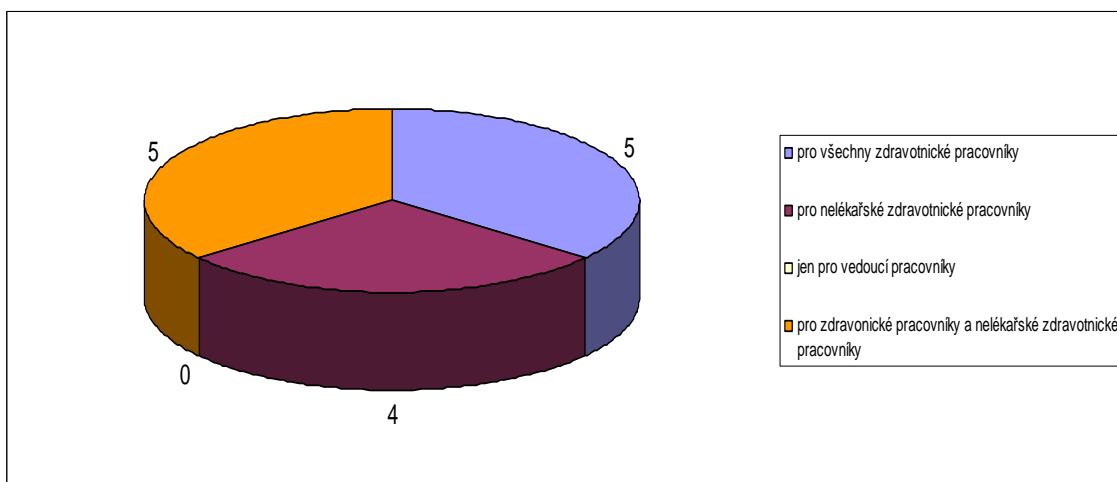
**Graf 9: Co podle Vás nejlépe vystihuje pojem supervize?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Nadále byl soubor tvořen pouze 14-ti respondenty, z toho 13 si myslelo, že nejlépe vystihuje pojem supervize slovní spojení *vhled do situace*, 1 respondent se domníval, že se jedná o *audit*. Žádný z dotazovaných neodpověděl, že pojem nejlépe vystihuje slovo *kontrola*.

**Graf 10: Pro koho je supervize ve Vašem zdravotnickém zařízení určena?**

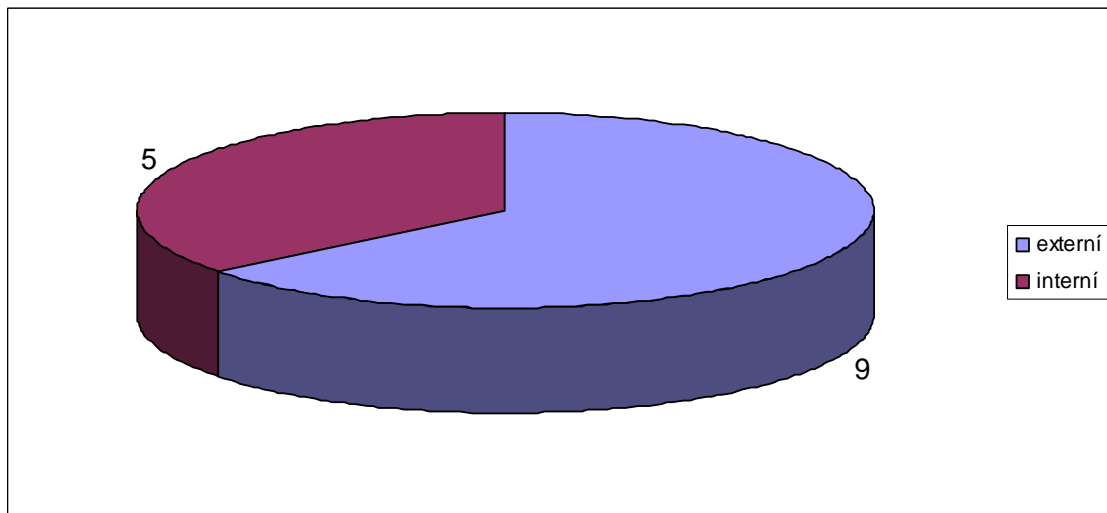


*Zdroj: vlastní výzkum*

Z celkového množství 14-ti respondentů odpovědělo 5, že je supervize v jejich zařízení určena pro všechny zdravotnické pracovníky a 4 respondenti uvedli, že je určena pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Variantu „jen pro vedoucí pracovníky“ neoznačil žádný respondent. Pět respondentů doplnilo, že v jejich zařízeních je supervize určena pro zdravotnické i nelékařské zdravotnické pracovníky.



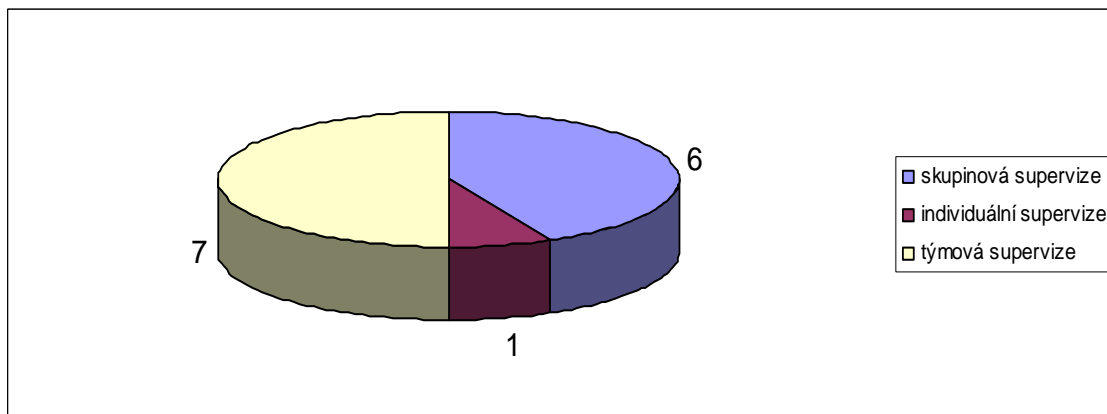
**Graf 11: Kterou z forem supervize využívá Vaše zdravotnické zařízení?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z grafu lze vyčíst, že 9 respondentů využívá supervizi externí, a zbylých 5 respondentů využívá ve zdravotnickém zařízení supervizi interní.

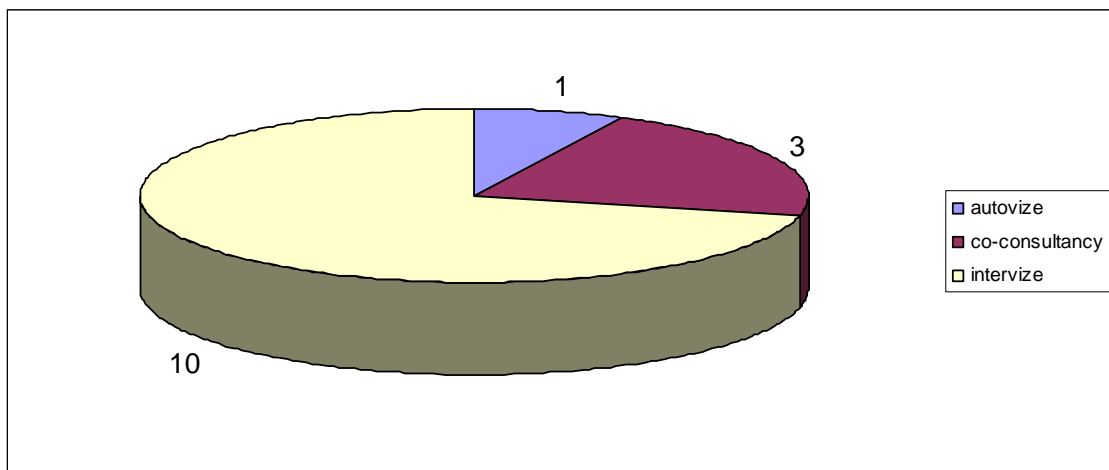
**Graf 12: Který z typů supervize Vaše zdravotnické zařízení spíše upřednostňuje?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z grafu vyplývá, že ze 14-ti dotazovaných, upřednostňuje spíše skupinovou supervizi právě 6 respondentů, 1 dává přednost spíše individuální supervizi a zbylých 7 respondentů upřednostňuje týmovou supervizi.

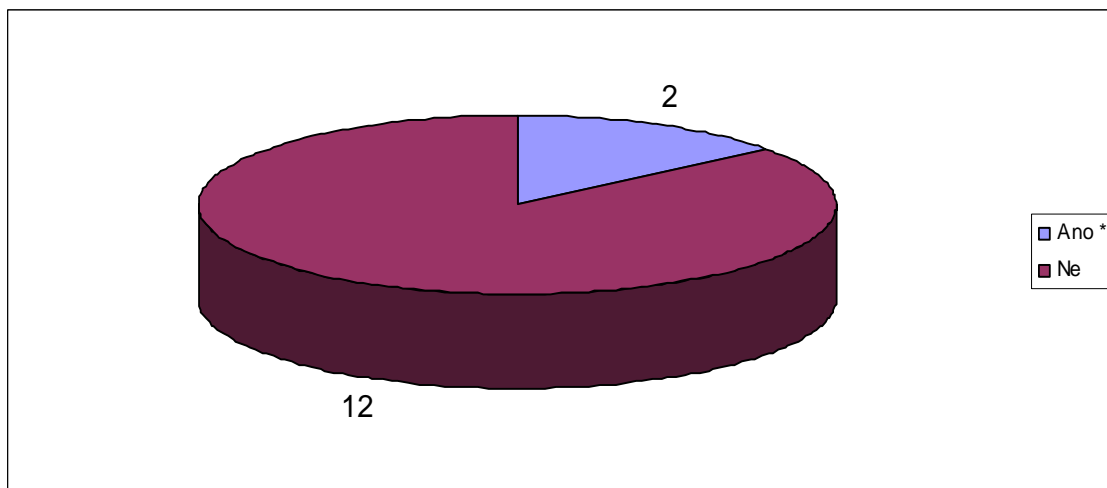
**Graf 13: Využívá Vaše zařízení některou z dalších forem supervizí?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z grafu lze vyčíst, že pouze jeden respondent využívá jako jednu z dalších forem supervize – autovizi, 3 respondenti využívají co-consultancy a 10 respondentů využívá intervizi.

**Graf 14: Absolvoval/a jste kurz, který by byl zaměřený na supervizi pro pomáhající profese?**



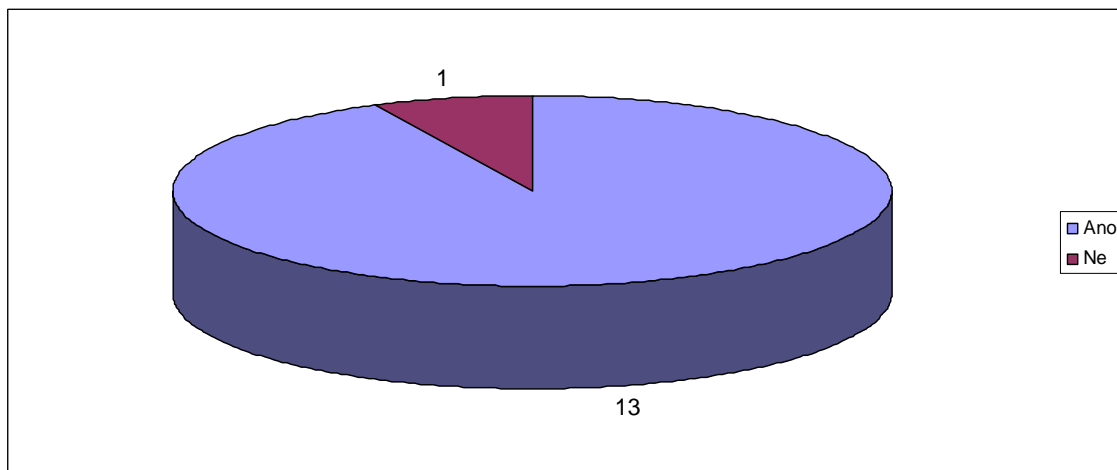
*Zdroj: vlastní výzkum*

\* Studijní management a supervize, Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2011- Státní závěrečné zkoušky ( uvedl jeden z respondentů odpovídajících Ano).

\* školení PORTAGE, 40 hodin ( uvedl druhý z respondentů odpovídajících Ano).

Ze 14-ti dotazovaných jich 12 odpovědělo, že žádný kurz dosud neabsolvovalo. Pouze 2 respondenti do dotazníku uvedli, že absolvovali kurz, který byl zaměřený na supervizi pro pomáhající profese (vysvětlení viz. výše).

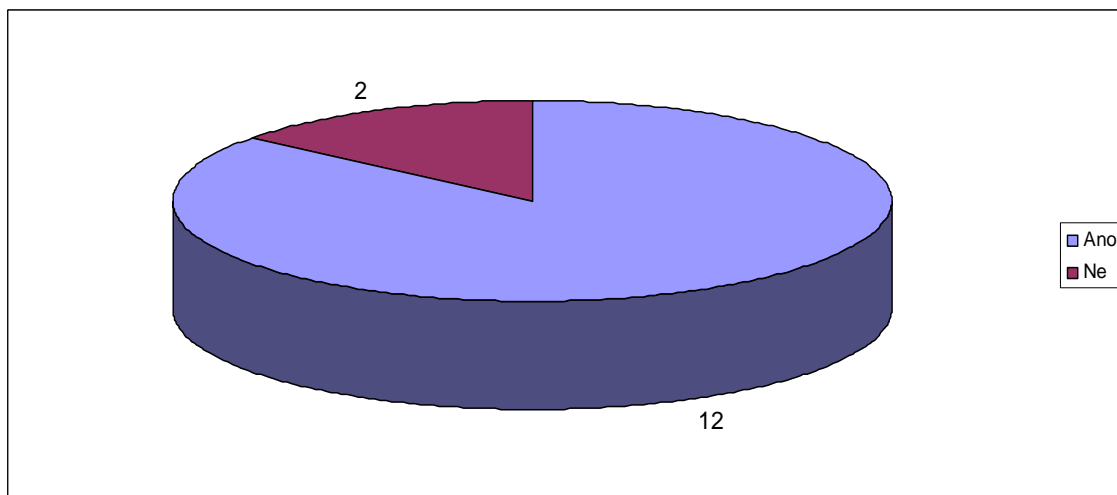
**Graf 15: Myslíte si, že supervize ve Vašem zařízení zvyšuje kvalitu poskytované péče o pacienty?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z grafu vyplývá, že ze 14-ti dotazovaných se 13 domnívá, že supervize v jejich zařízení zvyšuje kvalitu poskytované péče. Pouze jeden respondent toto přesvědčení nesdílí.

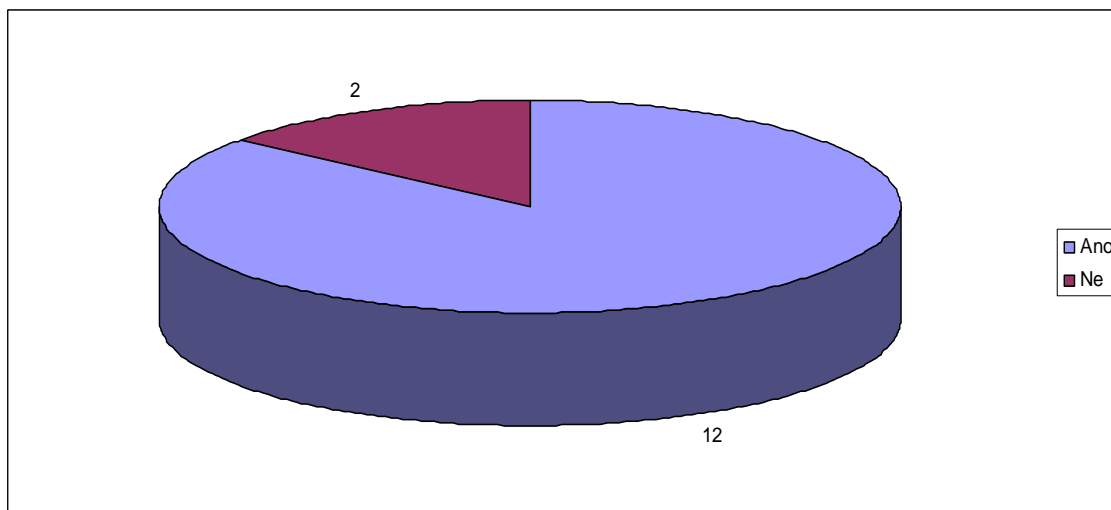
**Graf 16: Myslíte si, že supervize ve Vašem zařízení zvyšuje kvalitu fungování pracovního kolektivu?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

O tom, že supervize zvyšuje kvalitu fungování jejich pracovního kolektivu je přesvědčeno celkem 12 ze 14-ti respondentů. Dva respondenti mají za to, že ke zvyšování kvality nedochází.

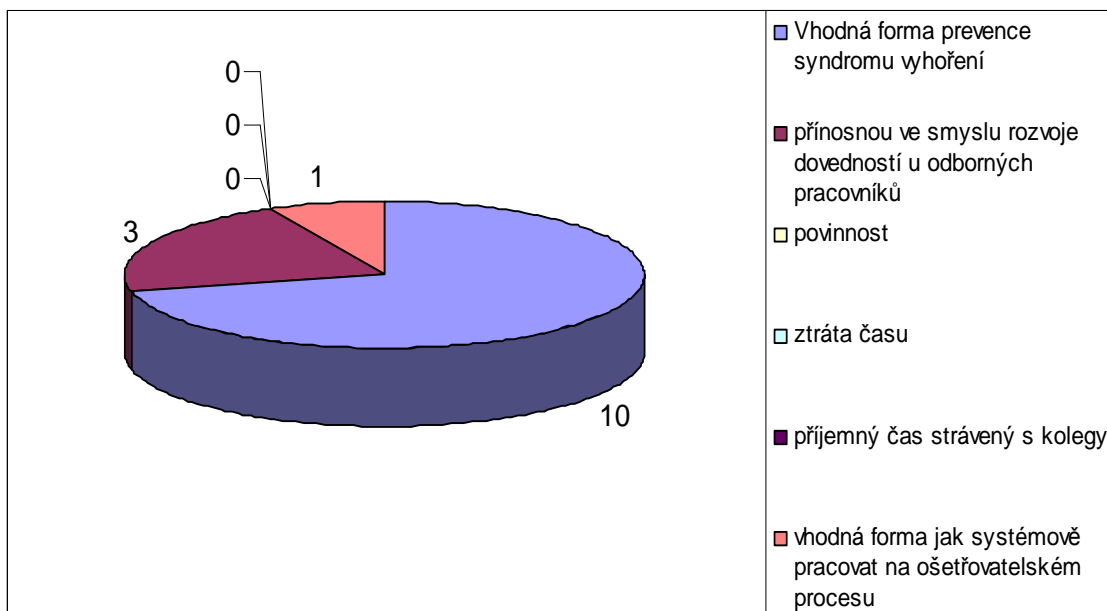
**Graf 17: Myslíte si, že supervize ve Vašem zařízení zlepšuje spolupráci v rámci pracovního kolektivu?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z grafu vyplývá, že ze 14-ti dotazovaných si 12 myslí, že supervize zlepšuje spolupráci v rámci pracovního kolektivu. Odpověď „Ne“ označili pouze 2 respondenti.

**Graf 18: Supervizi ve Vašem zdravotnickém zařízení považujete za?**



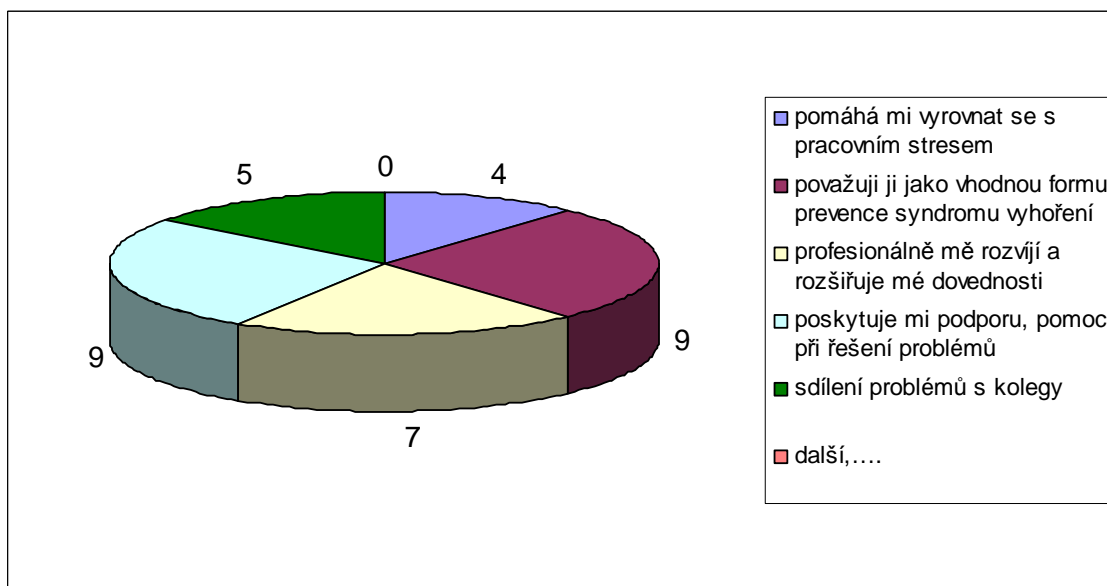
*Zdroj: vlastní výzkum*

Z tohoto grafu lze vyčíst, že ze 14-ti dotazovaných 10 uvedlo, že supervizi ve svém zdravotnickém zařízení považují za vhodnou formu prevence syndromu vyhoření a 3 respondenti považují supervizi za přínosnou ve smyslu rozvoje dovedností u odborných pracovníků. Jeden respondent doplnil, že považuje supervizi jako vhodnou formu jak systémově pracovat na ošetrovatelském procesu. K odpovědím, zda považují supervizi „za povinnost, ztrátu času nebo příjemný čas strávený s kolegy“ se nevyjádřil žádný respondent.



### Graf 19: V čem Vám je supervize nejvíce nápomocná?

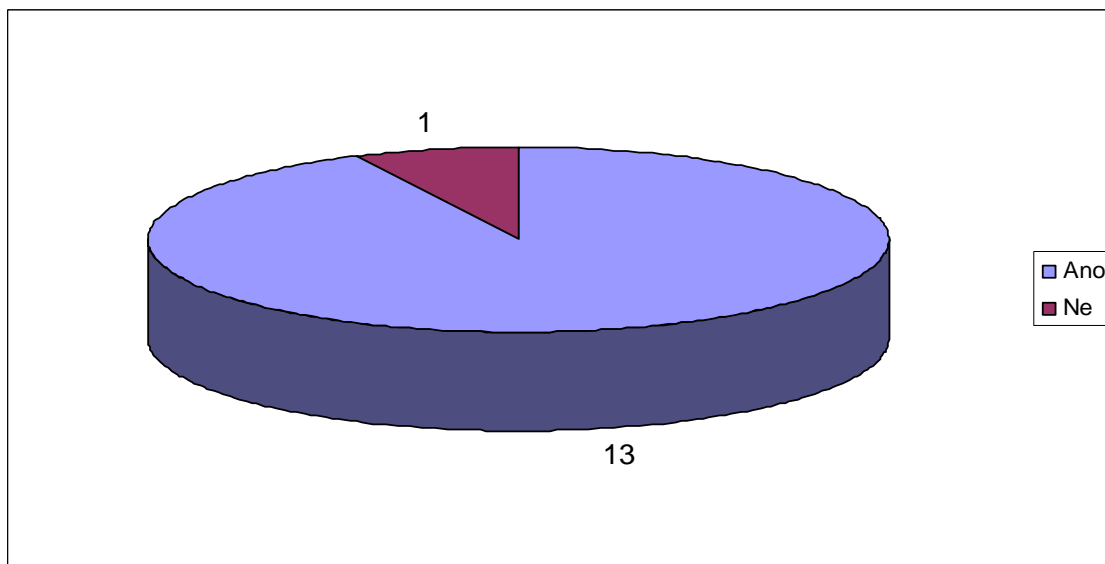
(možnost zaškrtnout více odpovědí)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že respondenti odpověděli 4 krát, že jim supervize pomáhá vyrovnat se s pracovním stresem, 9 krát ji považují jako vhodnou formu prevence syndromu vyhoření, 7 krát odpověděli, že jim supervize pomáhá se profesionálně rozvíjet a rozšiřovat jejich dovednosti, 9 krát uvedli, že jim poskytuje podporu, pomoc při řešení problémů a v pěti případech měli za to, že jim je supervize nejvíce nápomocná ve sdílení problémů s kolegy. Další možnosti žádný respondent neuvedl.

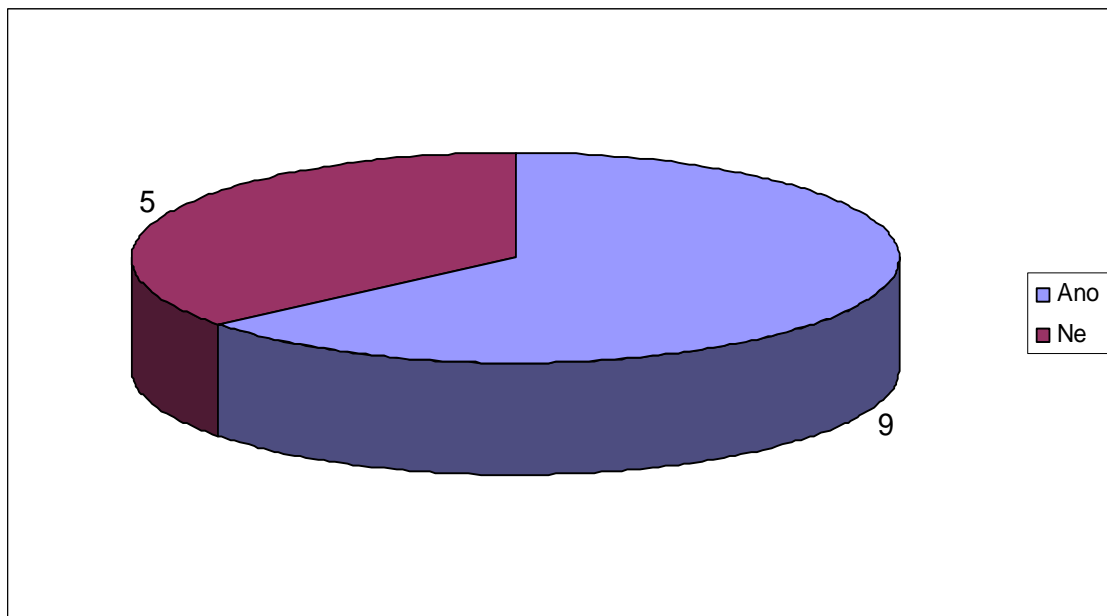
**Graf 20: Je pro Vás důležitá osobnost supervizora?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Osobnost supervizora byla důležitá pro celkem 13 ze 14-ti respondentů. Pouze jeden z oslovených nepovažoval osobnost supervizora za důležitou.

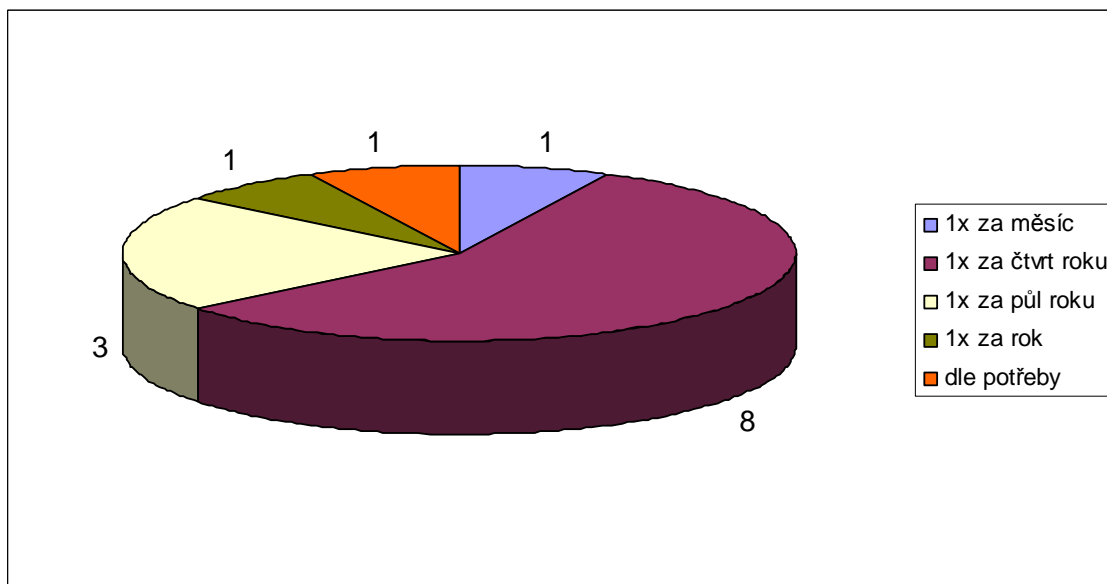
**Graf 21: Je pro Vás důležité, jaké má supervizor vzdělání?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z grafu vyplývá, že ze 14-ti dotazovaných 9 uvedlo, že je pro ně důležité dosažené vzdělání supervizora. Pro zbylých 5 respondentů není tento údaj důležitý.

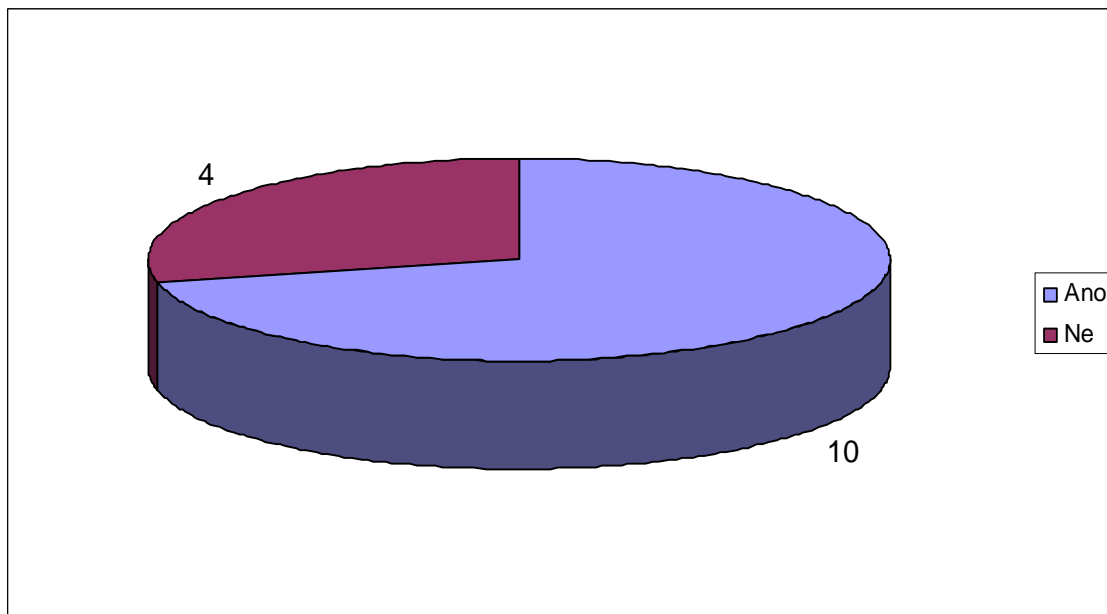
**Graf 22: Jak často ve Vašem zařízení supervize probíhá?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Tento graf znázorňuje četnost supervize v (zdravotnických) zařízeních. Nejčastější odpovědí respondentů bylo, že v jejich zařízení probíhá supervize 1x za čtvrt roku, bylo tomu tak celkem v osmi případech. Tři z dotazovaných označili nabízenou možnost 1 x za půl roku. Jednou za měsíc probíhala supervize pouze v jednom zařízení. Na odpověď „jiný interval uveďte“, odpověděl jen 1 respondent, že v jejich zařízení supervize probíhá dle potřeby. S nabídkou četnosti supervize jednou za rok se ztotožnil jeden respondent.

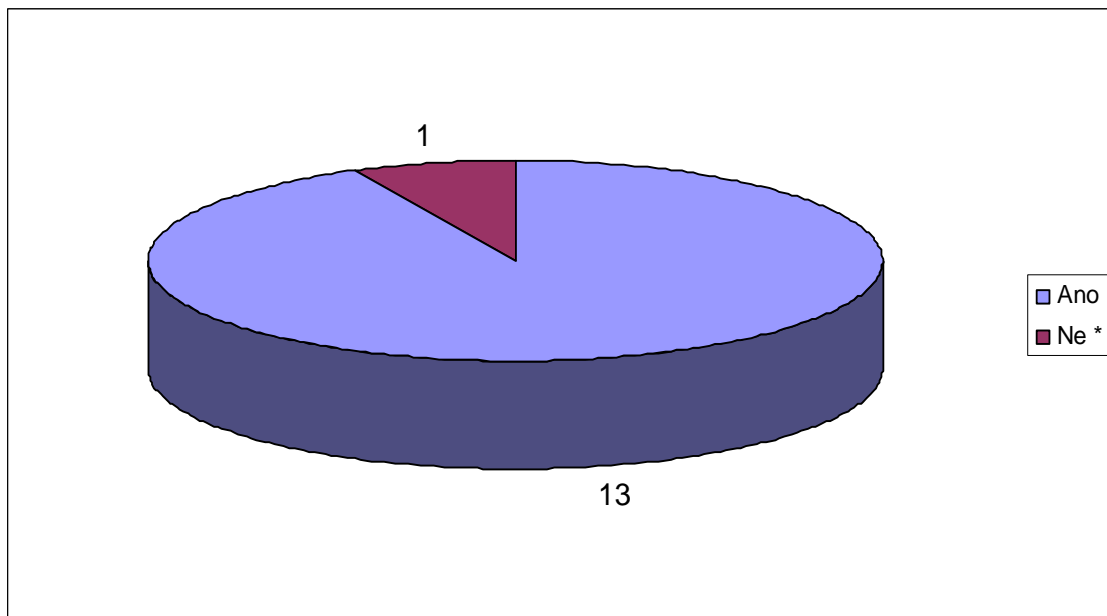
**Graf 23: Vyžádali si někdy Vaši podřízení sami supervizi?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Ze 14-ti dotazovaných 10 uvedlo, že si podřízení již supervizi vyžádali i sami. Ve zbývajících čtyřech případech byla odpověď na položenou otázku záporná.

**Graf 24: Jste spokojeni se supervizí ve Vašem zařízení?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

\* důvod - podmínkou supervize ve zdravotnickém zařízení je dobrovolnost, zaměstnanci se nechtějí supervize účastnit (mají obavu z donášení či kontroly)

Z tohoto grafu lze vyčíst, že ze 14-ti dotazovaných bylo 13 z nich se supervizí v jejich zařízení spokojeno. Pouze jeden dotazovaný projevil svůj nesouhlas.

## 4.2 Výsledky kvalitativního výzkumu - rozhovory

### Respondent 1

Jednalo se o zaměstnankyni nestátního zdravotnického zařízení, které se nachází ve Zlínském kraji. Rozhovor s respondentkou byl velmi příjemný, usadila jsem se v její kanceláři a začala jsem ji vysvětlovat, co vlastně od ní žádám. Respondentka měla pro moji diplomovou práci velké pochopení, protože sama právě dokončovala poslední ročník navazujícího magisterského studia. I přesto, že již vyplnila dotazník, souhlasila s rozhovorem.

Respondentka se poprvé setkala s pojmem supervize ve škole, a dokonce složila v minulém roce z předmětu Studijní management a supervize státní závěrečnou zkoušku, takže měla přehled o tom, co to supervize je a k čemu slouží. Její zkušenost ji tak umožnila rozšiřovat supervizi ke svým podřízeným a motivovat je. V loňském roce se respondentka dohodla s managementem zdravotnického zařízení, že se pokusí do jejich zařízení zavést supervizi. Za účelem lepší efektivity dohodnutého plánu zkontaktovala respondentka externího supervizora, který přijel do zařízení a provedl zde úvodní seminář o supervizi. Supervizor se snažil pracovníkům zařízení podrobně vysvětlit, co vlastně supervize znamená, k čemu slouží a jak důležité je vytvořit dobrý supervizní kontrakt. Pracovníci byli opakovaně ujišťováni, že se nejedná o žádné donášení informací nadřízeným či kontrolu. Po semináři management vytipoval dvě skupiny nelékařských zdravotnických pracovníků jako budoucí účastníky supervize. Nejprve byl ze strany managementu zájem o týmovou supervizi, ale nakonec se management přiklonil k supervizi skupinové. Byly stanoveny termíny, ve kterých měla supervize probíhat. Záměrem managementu bylo, aby supervizní setkání probíhaly každých 14 dní. Bohužel z důvodu finanční náročnosti supervize musel management po třech měsících probíhající supervize rozhodnout, že setkání budou probíhat pouze jednou za měsíc, a to každou první středu v měsíci. Pro každou skupinu byly vyhrazeny dvě hodiny. Vzhledem k tomu, že supervize je založená na dobrovolnosti, nikoho k účasti na supervizi nenutili, pouze tuto možnost pracovníkům nabídli. Vedení zařízení od počátku plně supervizi podporovalo. K lepší motivaci pracovníků přispěla i nabídka

možnosti započít si čas strávený na supervizním setkání do odpracovaných hodin, a mít ho tak proplacen. Pracovníkům, kteří v den konání supervize neměli pracovní směnu byly dokonce hrazeny náklady na dopravu. To podle výpovědi respondentky byl asi jeden rozhodujících faktorů k přijetí supervize supervidovanými. Respondentka mi sdělila, že supervizor byl pracovníky přijat velmi dobře, jsou s ním spokojeni, ale zatím zájem o individuální supervizi nemají. Zcela jim vyhovuje supervize skupinová, a proto si myslí, že jim je supervize nejvíce nápomocná ve sdílení problémů s kolegy a poskytuje jim podporu a pomoc při řešení pracovních problémů. Supervizi považuje za vhodnou formu prevence syndromu vyhoření. Dále respondentka uvedla, že věří i nadále v to, že bude supervize v jejich zařízení probíhat jako doposud a snad se časem pracovníci přikloní i k supervizi individuální. Doufá, že se jí podaří stále udržet ochotu pracovníků k účasti na supervizi. Neopomenutelným aspektem pro budoucí fungování supervize je stálá snaha managementu zdravotnického zařízení, mít v rozpočtu dostatečné finanční prostředky určené pro financování supervize.

## **Respondent 2**

Druhý rozhovor jsem provedla ve státním zdravotnickém zařízení, které nalezneme v Jihočeském kraji. Respondentka se rovněž poprvé se supervizí setkala ve škole. V jejich zařízení probíhá supervize už rok a půl a jsou s ní spokojeni. Začalo to tím, že respondentka navrhla vedení zařízení, že by bylo vhodné mít pro nelékařské zdravotnické pracovníky k dispozici supervizi. Management nejprve nepodporoval názor respondentky, a proto se respondentka rozhodla, že zkusí alespoň pozvat supervizora, aby přednesl vedení úvodní workshop o supervizi. Po uskutečnění workshopu management zdravotnického zařízení změnil názor a usoudil, že bude vhodné i prospěšné supervizi do zařízení zavést. Volba padla pro supervizi týmovou. Účastníci supervize, byli složeni z různých typů nelékařských zdravotnických povolání, a upřednostňováni byli ti, kteří měli zájem se supervize zúčastnit z vlastní vůle. Poté byl opět pozván externí supervizor, který se snažil navodit příjemnou atmosféru a vysvětlit supervidovaným, co supervize je a k čemu slouží. Respondentka se setkala



s podpořením své myšlenky i od supervidovaných, kteří byli nápadem zavedení supervizi nadšeni, i když je pravdou, že se našli i tací, kteří se obávali nějaké kontroly.

Po tomto sezení sepsal management zdravotnického zařízení se supervizorem smlouvu, kde navrhli i další termíny sezení. Vzhledem k nákladnosti supervize, se respondentka s vedením zdravotnického zařízení dohodla, na supervizních setkání alespoň jedenkrát za čtvrt roku. Tento způsob se velmi osvědčil. Několikrát se však stalo, že za respondentkou přišli sami pracovníci s žádostí o častější supervizi. Zdravotnické zařízení v němž respondentka pracuje využívá nejen týmovou supervizi, ale i intervizi. Respondentka považuje supervizi za přínosnou ve smyslu rozvoje dovedností u odborných pracovníků.

*Tabulka rozdílů u dotazovaných respondentek*

	<b>Respondent 1</b>	<b>Respondent 2</b>
<b>Typ zdravotnického zařízení</b>	nestátní zdravotnické zařízení	státní zdravotnické zařízení
<b>První setkání s pojmem supervize</b>	ve škole	ve škole
<b>Forma supervize</b>	externí	externí
<b>Typ supervize</b>	skupinová	týmová
<b>Četnost supervizních setkání</b>	1 x za měsíc	1 x za čtvrt roku
<b>Management zdrav. zařízení podporoval supervizi</b>	od začátku	až po úvodním workshopu
<b>Supervizi považují za</b>	vhodnou formu prevence syndromu vyhoření	přínosnou ve smyslu rozvoje dovedností u odborných pracovníků

*Zdroj: vlastní výzkum*

## 5. DISKUZE

Cílem mé diplomové práce bylo zjištění, zda skutečně dochází k provádění supervizí ve zdravotnických zařízeních Jihočeského a Zlínského kraje. Důležitým cílem bylo zmapovat četnost využití supervize v jednotlivých typech zdravotnických zařízení.

Při psaní teoretické části jsem se nejprve potýkala s nedostatkem literatury, jelikož zatím neexistuje žádná česká bibliografie, která by se zabírala jenom supervizí ve zdravotnictví. Pravdou ale je, že cizojazyčné literatury je spousta, neboť v zahraničí je supervize zahrnuta i do zdravotnictví a tím je plně rozvinuta.

Využití supervize ve zdravotnických zařízeních považuji za velmi aktuální téma. Ovšem sama jsem se přesvědčila, že bude ještě chvíli trvat než se v rámci zdravotnických zařízení stane ze supervize takový „hit“, jako je tomu v sociálních zařízeních.

V dotazníkovém šetření byly použity dvě identifikační otázky, týkající se pohlaví a věku respondentů. Předpokládala jsem, že většinu respondentů budou tvořit ženy, nechtěla jsem však nikoho genderově diskriminovat, a proto jsem do dotazníku u odpovědi na otázku pohlaví respondenta uvedla i variantu muž. Docela mě zajímalo, kolik mužů se vyskytuje mezi vedoucími pracovníky ve zdravotnických zařízeních. Výsledky ukázaly, že se (v rámci dvou zkoumaných krajů) výzkumu účastnilo 37 žen a pouze 2 muži.

Věková kategorie byla v mém výzkumu vskutku různorodá, nejvíce respondentů bylo ve věku 35-49 let. Otázka, ve kterých z krajů respondenti pracují, byla pro výzkum stěžejní. Z výsledků mi vyšlo, že se mého výzkumu účastnilo 22 respondentů z Jihočeského kraje a 17 respondentů ze Zlínského kraje.

Dále mě zajímala odpověď na otázku, ve kterém zdravotnickém zařízení vedoucí pracovníci pracují. Nejvíce respondentů uvedlo, že pracují v nemocnici.

Vzdělání je důležité u všech povolání a v případě vedoucích pracovníků ve zdravotnických zařízeních tomu není jinak. Povinnost vzdělávat se byla ještě více zdůrazněna v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Jak

uvádí Jičínská, *došlo ke změnám ve zdravotnictví, zejména v oblasti pregraduálního a postgraduálního vzdělávání u sester tak, aby korespondovala s doporučeními, které předkládá Evropská unie. To znamenalo přechod k vysokoškolskému vzdělávání sester, a tudíž k povinnosti se celoživotně vzdělávat* (36). Z výsledků vyplynulo, že vedoucí pracovníky zdravotnických zařízení ovlivnil výš zmíněný zákon, a proto se většina z nich rozhodla dále studovat. Za nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání bylo v rámci výzkumu označeno magisterské studium na vysoké škole, a to celkem ve 13-ti případech.

Při výzkumu jsem se zabývala i otázkou, kde se poprvé vedoucí pracovníci setkali s pojmem supervize. Z dotazovaných odpovědělo 11 respondentů, že se s pojmem supervize poprvé setkali ve škole. Protipólem však bylo zjištění, že se s tímto pojmem 4 respondenti nesetkali nikdy. Myslím si, že kdyby existovala ve zdravotnictví větší osvěta o tom, co supervize je a k čemu slouží, eliminovala by se neznalost supervize i u zbylých čtyřech vedoucích pracovníků.

Marková v knize *Praktická supervize, popisuje pojem supervize jako termín, který není v českém ošetrovatelství zažit, ale má obrovské možnosti, jenž jsou velmi málo využívány* (26). S jejím názorem se plně ztotožňuji.

Na hlavní cíl mé diplomové práce se zaměřila otázka č. 8 v dotazníku, která zněla: „Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení zkušenosti se supervizí?“ Tato otázka byla filtrační a rozdělila mi respondenty na dva póly. Dostala jsem tak zcela jasnou odpověď na otázku, zda skutečně dochází k provádění supervizí ve zdravotnických zařízeních Zlínského a Jihočeského kraje. Z celkového počtu 39-ti respondentů, odpovědělo jen 35 respondentů, protože 4 respondenti skončili s vyplňováním dotazníku u předchozí otázky. Z 35-ti respondentů mělo zkušenost se supervizí v jejich zdravotnickém zařízení pouze 14 z nich. S ohledem na výše uvedené, sdílím stejný názor jako Markéta Marková, která řekla, že supervize není v českém ošetrovatelství zažitá a má obrovské možnosti, které ale nejsou využívány.

Otázka č. 8 se dotýkala i dílčího cíle diplomové práce a k této otázce jsem zpracovala i samostatnou tabulku č. 2, znázorňující četnost využití supervize v jednotlivých typech zdravotnických zařízeních. Z tabulky č. 2. je patrné, že nejvíce je

supervize využívána v nemocnicích, neboť celá polovina ze zbylých respondentů označila tuto možnost. Výsledky tabulky potvrzují to, co uvedla ve sborníku Jičínská, *že supervize je u nás rozšířena v první řadě v nestátních organizacích a ve státních organizacích sociálních služeb. Ve státním zdravotnickém systému ji pracoviště vyhledávají minimálně a spoléhají se na vnitřní supervizi, kterou v tradiční hierarchii poskytuje primář či vedoucí lékař (36).*

Další otázkou jsem se snažila vyzkoumat, co podle mínění vedoucích pracovníků nejlépe vystihuje pojem supervize. 13 dotazovaných odpovědělo, že jde o vzhled do situace a pouze jeden respondent si myslel, že se jedná o audit. Záleská a Macháčková *uvádí ve svém článku, že supervize je obecně používaný termín, který ale není zdaleka všem dostatečně jasný (74).* Domnívám se, že správné pochopení pojmu supervize je nutné k tomu, aby si supervidovaný vytvořil k supervizi kladný vztah. Pokud na začátku dojde ke špatnému vysvětlení pojmu a supervidovaný nabude dojmu, že jde o kontrolu či donášení vedoucím pracovníkům, zpravidla už jej nikdo nedokáže přesvědčit o opaku a jedinec si tak vytvoří k supervizi vlažný, ne-li přímo záporný vztah.

Vedoucí pracovníci měli odpovídat i na otázku, pro koho je supervize v jejich zařízení určena. Z dotazovaných odpovědělo 5 respondentů, že supervize v jejich zařízení je určena pro všechny zdravotnické pracovníky a 4 respondenti uvedli, že v jejich zařízení je supervize určena pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Pět respondentů dále doplnilo, že v jejich zařízení probíhá supervize, jak pro zdravotnické pracovníky, tak pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Z mého profesního pohledu (jsem původní profesí zdravotní sestra) se domnívám, že by měla supervize ve zdravotnictví probíhat v této kombinaci: zdravotnický personál spolu s nelékařským zdravotnickým personálem. Práce ve zdravotnických zařízeních je založena na multidisciplinárních týmech, pokud by tyto týmy nespolupracovaly, snižovala by se kvalita poskytované péče. Myslím si, že je tedy vhodné zavést „multidisciplinární tým“ (tzn. zdravotnické i nelékařské zdravotnické pracovníky) i při supervizi ve zdravotnických zařízeních.

Výsledky mého výzkumu dále poukazují na fakt, že mezi nejčastější formu supervize, kterou zdravotnická zařízení využívají, je supervize externí. Toto uvedlo 9

respondentů. Zbylých 5 respondentů dává přednost supervizi interní. Michková uvádí, *že u externího supervizora není nutné řešit riziko křížení rolí a není zde ovlivněna jeho práce osobními vztahy vznikajícími na pracovišti. Externí supervizor není s organizací nikterak svázán, je pro něj jednodušší udržet si odstup a nadhled nad řešenými problémy* (51). Vzhledem k uvedené citaci se domnívám, že externí supervizor je pro zdravotnickou organizaci výhodnější, protože je nezaujatý a supervidovanými bývá lépe přijat. Mé domněnky byly potvrzeny i rámci výpovědí dvou respondentek při polostandardizovaných rozhovorech.

Další otázka směřovala na zjištění upřednostňovaného typu supervize. Výsledky poukazují na to, že ve zdravotnických zařízeních se jako nejčastější typ supervize se využívá týmová supervize, jelikož tuto odpověď uvedlo 7 respondentů. Skupinovou supervizi využívá 6 zdravotnických zařízení. Pouze jeden respondent odpověděl, že v jejich zařízení se upřednostňuje supervize individuální. Jak uvádí Schwarz, *výhodou skupinové supervize je použití kolektivní zkušenosti. Supervidovaní si vyměňují navzájem zkušenosti a rozvíjí nápady pro jejich řešení* (63). Naopak Mojžíšová uvádí, že *„nevýhodou skupinové supervize je poměrně malý prostor pro jednotlivce, soupeření o čas a o pozornost, nutnost se dokázat prosadit, tlak skupiny na souhlas v zájmu koheze a udržení směru. Na rozdíl od týmové supervize je patrná nemožnost přímo ovlivnit konkrétní pracovní vztahy a situaci“* (54). Michková uvádí, že *podstatou týmové supervize je to, že je zaměřena na činnost a efektivitu týmu jako celku, ne na práci jednotlivce* (51). Osobně mohu říci, že když jsem se setkala se supervizí ve škole, dávala jsem přednost skupinovým sezením před individuálními. Lépe se mi můj problém rozebíral, když jsem cítila podporu okolí a slyšela též jiné alternativy řešení problému. Asi dvakrát se mi stalo, že jsem se musela účastnit supervize individuální, bohužel jsem z ní nikdy neměla tak dobrý pocit, jako ze supervize skupinové.

Další otázka, která byla mířená na vedoucí pracovníky, zjišťovala, zda absolvovali nějaký kurz, který by byl zaměřený na supervizi pro pomáhající profese. K mému údivu jen dva vedoucí pracovníci uvedli, že se nějakého kurzu zúčastnili. V prvním případě se jednalo o respondentku, která, jak už jsem popisovala v rozhovoru, složila státní závěrečnou zkoušku z předmětu Studijní management a supervize na Fakultě

humanitních studií Univerzity Karlovy pod vedením PhDr. Zuzany Havrdové, CSc. Druhá respondentka absolvovala kurz v rámci školení PORTAGE v rozsahu 40 hodin. Zbylých 12 respondentů žádný kurz dosud neabsolvovalo. Toto zjištění dle mého názoru vypovídá o tom, že supervize je ve zdravotnictví velmi málo rozšířená a pokud se nezačne s intenzivnějším vzděláváním vedoucích pracovníků, kteří by mohli předávat lépe své znalosti svým podřízeným, nedojde tak ani za pár let ke zlepšení situace, která momentálně v supervizi ve zdravotnictví panuje. Pro dokreslení situace uvádím, že Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy uvedla, že *absolvent jejich navazujícího magisterského oboru Řízení a supervize ve zdravotnictví a sociálních organizacích, má dostatečný přehled o problematice řízení a supervize v sociálních a zdravotnických zařízeních, chápe úlohu supervizní práce v řízení a možnost využití supervize pro zlepšení kvality* (16).

Následující 3 otázky v dotazníku se týkaly kvality prováděné supervize. Nejprve šlo o to, zda si myslí, že supervize v jejich zařízení zvyšuje kvalitu poskytované péče o pacienty. Další otázka se týkala toho, zda si myslí že supervize v jejich zařízení zvyšuje kvalitu fungování pracovního kolektivu. Poslední otázka měla podobný nádech, když zněla, zda se respondenti domnívají, že supervize zlepšuje spolupráci v rámci pracovního kolektivu. U těchto tří otázek se převážná většina, což bylo 12 a jednou i 13 respondentů, shodla na tom, že probíhající supervize v jejich zařízeních zlepšuje kvalitu, ať už poskytované péče nebo pracovního kolektivu. Sdílím naprosto stejný názor jako respondenti, jelikož si myslím, že supervize je velmi vhodná pro zdravotnická zařízení a pokud v nich tato supervize probíhá, musí se to zákonitě projevat i na kvalitě poskytované péče a harmonii celého kolektivu.

Dále jsem se vedoucích pracovníků ptala na otázku, v čem je jim supervize nejvíce nápomocná. Vzhledem k tomu, že mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí nebudu nyní uvádět procentuální zastoupení. V 9 případech ji považovali za vhodnou formu prevence syndromu vyhoření, v 7 případech spíše jako profesionální rozvoj a rozšiřování jejich dovedností. V 9 případech jim supervize poskytovala podporu a pomoc při řešení problémů a 5 krát jim je nejvíce nápomocná v tom, že mohou sdílet své problémy s kolegy. Jak uvádí Úlehla, *supervize si klade za cíl prevenci syndromu*

vyhoření a účinné zvládnutí pocitu bezmoci a viny (69). Schmidbauer uvádí, že *ten kdo se může profesionálně vyvíjet, ten nevyhoří. Tohle potvrzuje pozorováním týmového rozvoje i supervize. Kdo umí pozitivně přijímat a hodnotit realitu své profese, má ze svého povolání radost, ale také je více schopen zlepšovat detaily, pronikat k uspokojením, která může jeho práce poskytovat a ekonomicky své povolání měnit. Dále je schopen nalézat možnosti uspokojení mimo svou profesi, v tom co mu práce poskytnout nemůže* (62).

Následující dvě otázky se týkaly supervizora, zda respondenti považují osobnost supervizora za důležitou. Další otázka směřovala ke vzdělání supervizora, zda je tato informace pro respondenty důležitá. Osobnost supervizora respondenti považují za důležitější než jeho vzdělání. Pro 13 respondentů je osobnost supervizora důležitá, pouze pro jednoho respondenta tato informace nehraje žádnou roli. Vzdělání u supervizorů považuje za důležité 9 respondentů a 5 respondentů se domnívá pravý opak. Když se na to podívám z pohledu studentky, která taky absolvovala pár školních supervizí, myslím si, že na osobnosti supervizora velmi záleží. Pokud nastane nějaký problém na začátku supervize a supervizor supervidovanému tzv. „nesedne“, může se u supervidovaného projevit až odpor k supervizi a tento svůj negativní postoj k ní může přenášet i na ostatní. Co se týká vzdělání supervizorů, to považuji za další důležitý fakt, který jsem podrobně popsala v teoretické části. Jak uvádí Šimek, *pokud chceme do organizace supervizora odborně vzdělaného ptáme se ho na jeho vzdělání, zkušenosti se supervizí a nesmíme opomenout ani jeho absolvování a dokončení akreditovaného supervizního výcviku, který prokáže svým certifikátem* (66). Při psaní diplomové práce o situaci se supervizí ve Zlínském a Jihočeském kraji jsem došla k závěru, že už chápu, proč se mi hypotéza č. 1 nemohla potvrdit. Zjistila jsem, že ve Zlínském kraji supervizi provádí velmi málo supervizorů oproti kraji Jihočeskému. Tento fakt vypovídá též o tom, že existuje „hodně“ supervizorů, ale jen velmi málo z nich se zaměřuje na zdravotnickou oblast.

Další otázka, která mě ve výzkumu zajímala, směřovala ke zjištění, jak často ve zdravotnických zařízeních supervize probíhá. Vzhledem k jasně vypovídajícím výsledkům hrají hlavní roli v otázce frekvence supervize ve zdravotnických zařízeních ne čas, ale

finance. Je všeobecně známo, že supervize je po finanční stránce nákladná, proto chápu, že jako nejčastější frekvence supervize byla vybrána varianta 1x za čtvrt roku.

Poslední otázka v dotazníku se zabývala tím, zda jsou respondenti spokojeni se supervizí v jejich zařízení. Celkem 13 respondentů uvedlo, že je se supervizí spokojeno. Pouze jeden respondent uvedl, že se supervizí v jeho zařízení spokojen není, z toho důvodu, že je založená na dobrovolnosti, zaměstnanci se nechtějí supervize účastnit a bojí se buď kontroly, nebo mají obavu z donášení informací vedoucímu pracovníkovi. Opětovně musím konstatovat, že je velmi důležité supervidovaným dostatečně vysvětlit, co pojem supervize znamená, k čemu slouží, a co od ní mohou očekávat.

Nyní bych chtěla srovnat výsledky mého výzkumu s pracovními hypotézami, které jsem si stanovila v počáteční fázi mé práce.

Hypotéza č. 1 byla stanovena takto: „Ve zdravotnických zařízeních Zlínského kraje je supervize častěji využívána než v Jihočeském kraji“. Z výzkumu vyplývá, tak jak jsem uvedla v tabulce č. 1, že 9 respondentů využívá supervizi v Jihočeském kraji a pouze 5 respondentů využívá supervizi ve Zlínském kraji, což znamená, že hypotézu č. 1 výzkum nepotvrdil.

Hypotéza č. 2 zněla: „Častěji je supervize nařízena vedoucím pracovníkem a chápána zdravotními sestrami jako povinnost, než jako prevence syndromu vyhoření.“ Tuto hypotézu jsem si objasnila v otázce č. 18, která se týkala toho, za co považují respondenti supervizi v jejich zařízení. Celkem 10 respondentů uvedlo, že supervizi považují za vhodnou formu prevence syndromu vyhoření, 3 respondenti supervizi považovali za přínosnou ve smyslu rozvoje dovedností u odborných pracovníků. K odpovědím, zda považují supervizi „za povinnost, ztrátu času nebo příjemný čas strávený s kolegy“, se žádný respondent nevyjádřil. I v případě hypotézy č. 2 je z výzkumu zřejmé, že se nepotvrdila.



## 6. ZÁVĚR

Cílem teoretické části této diplomové práce bylo, co možná nejlépe popsat oblast, která se týkala supervize ve zdravotnických zařízeních. V praktické části bylo cílem zjistit, zda skutečně dochází k provádění supervizí ve zdravotnickém zařízení v Jihočeském a Zlínském kraji. Dílčím cílem bylo zmapovat četnost využití supervize v jednotlivých typech zdravotnických zařízení.

Mohlo by se zdát, že výzkum byl proveden na malém zkoumaném souboru, ale já tento názor nesdílím. Oslovila jsem téměř všechna zdravotnická zařízení Zlínského i Jihočeského kraje, podle toho jak jsem si je v metodické části této diplomové práce vyspecifikovala. Podotýkám, že většího souboru, tak ani dosaženo být nemohlo.

Výzkum ukázal, že supervize ve zdravotnických zařízeních Zlínského a Jihočeského kraje probíhá, ale jen ve velmi malém měřítku. Hypotéza č. 1, kterou jsem si stanovila na začátku práce, zněla: „Ve zdravotnických zařízeních Zlínského kraje je supervize častěji využívána než v Jihočeském kraji.“ Jak vyplývá z výzkumu tato hypotéza se mi nepotvrdila. Hypotéza č. 2 zněla: „Častěji je supervize nařizována vedoucím pracovníkem a chápána zdravotními sestrami jako povinnost, než jako prevence syndromu vyhoření“, i v tomto případě se mi hypotéza nepotvrdila.

Vzhledem k výsledkům mého výzkumu jsem se rozhodla, navrhnout několik řešení, které by mohly být nápomocny pro rozvoj supervize ve zdravotnických zařízeních:

- dostatečná osvěta o tom, co to supervize je,
- rozšíření kapacity výcviků pro supervizory v oblasti zdravotnictví,
- zvýšení počtu úvodních seminářů o supervizi ve zdravotnických zařízeních,
- lepší motivace zdravotnických i nelékařských zdravotnických pracovníků,
- postupné zavedení supervize do legislativy.

Domnívám se, že když se nelékařské zdravotnické profese smířili s tím, že je nutné se celoživotně vzdělávat, tak by v rámci vzdělávání měli dostat možnost seznámit

se i se supervizí. Dle mého názoru je supervize vhodnou formou prevence syndromu vyhoření.

V závěru této práce bych chtěla zmínit, že psát diplomovou práci na téma, které je tak velmi málo ve zkoumaných krajích známé, nebylo vždy jednoduché. Zdůrazňuji, že výsledky ke kterým jsem dospěla ve svém výzkumu se týkají respondentů, kteří byli při výzkumu osloveni. Jsem si vědoma toho, že tyto výsledky tedy nelze zobecňovat na všechny kraje či zdravotnická zařízení. Domnívám se, že by bylo velice zajímavé tento výzkum zopakovat např. za pět let i v jiných krajích a věřím, že časem určitě dojde k posunu a že se supervize začne více ve zdravotnických zařízeních rozvíjet.

Jestliže tato práce přiměje alespoň pár lidí k zamyšlení se nad problematikou supervize ve zdravotnických zařízeních, budu spokojena. Dále může posloužit jako studijní materiál pro studenty, kteří studují v oblasti zdravotnictví. A v neposlední řadě by mohla posloužit jako počáteční impulz k provedení dalších výzkumů z oblasti supervize ve zdravotnických zařízeních v jiných krajích.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BÁRTLOVÁ, S.- MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny=Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin:Osveta, 2009.141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
4. BÄRTLOVÁ, E. *Supervize v sociální práci*. Ústí nad Labem: FSE UJEP, 2007. ISBN 978-80-7044-952-3.
5. BAŠTECKÁ, B. – GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
6. BELARDI, N. *Supervision: Grundlagen, Techniken, Perspektiven*, 2.aktualisierte Auflage. München: C.H.Beck, 2005. 127p. ISBN 3-406-44757-0.
7. ČERNÝ, M. *Supervize odborná, případová*. [online].[cit.2011-11-06]. Dostupné z: <<http://www.curatio.cz/supervize.php>>
8. Česká asociace streetwork. *Supervize v České asociaci streetwork*. [online]. [cit.2011-06-15]. Dostupné z: <[http://www.streetwork.cz/index.php?option=com\\_frontpage&site=cas](http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_frontpage&site=cas)>.
9. Český institut pro supervizi. *Kdo je supervizor*. 2006. [online]. [cit. 2011-05-03]. Dostupné z: <<http://www.supervize.eu/supervizori/kdo-je-supervizor/>>.

10. Český institut pro supervizi. *O nás*. [online]. [cit. 2011-06-14]. Dostupné z: <<http://www.supervize.eu/o-techto-strankach/>>.
11. Český institut pro supervizi. *Struktura a náplň supervizního výcviku ČIS*. [online]. [cit. 2011-06-13]. Dostupné z: <<http://www.supervize.eu/o-supervizi/vycvik-v-supervizi/struktura-a-napln/>>.
12. Český institut pro supervizi. *Vstupní kritéria pro výcvik ČIS*. [online]. [cit. 2011-06-12]. Dostupné z: <<http://www.supervize.eu/o-supervizi/vycvik-v-supervizi/kriteria-pro-vycvik-cis/>>.
13. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
14. ELLIS, J. R. – HARTLEY, C.L. *Managing nad coordinating nurse care*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2005. 479 p. ISBN 0-7817-4106-8.
15. Etické zásady Evropské Asociace supervize. [online]. [cit. 2011-14-07]. Dostupné z: <[http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/eticke\\_zasady\\_eas.pdf](http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/eticke_zasady_eas.pdf)>
16. Fakulta humanitních studií, Univerzity Karlovy. *Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích*. [online]. [cit. 2011-06-18]. Dostupné z: <<http://fhs.cuni.cz/FHS-50.html>>.
17. FISCHER, E.M. *Koučování: zásady a techniky profesního doprovázení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 187 s. ISBN 80-7367-140-9.

18. FLEMING,I.-TAYLOR,A.J.D.*Koučování=Koučink:Kapesní příručka tipů a technik koučinku, které napomáhají k efektivnějším výkonům a úspěšné prezentaci nejen na pracovišti.*1.vyd. Praha: Portál, 2005. 107 s. ISBN 80-7367-009-7.
19. GÁBURA, J. – PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces.* 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 147 s. ISBN 80-85850-10-9.
20. HANÁKOVÁ, A. *Supervize v sociálních službách.* In: VELEMÍNSKÝ, M., STUDENOVSKÝ, P. *Rukověť pro poskytovatele a zadavatele sociálních služeb oblasti problematiky dětí a mládeže.* 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 250 s. ISBN 978-80-7394-064-5.
21. HANÁKOVÁ, A. *Supervize ve zdravotně sociální oblasti- pohled uživatele supervize, 2006.* [online]. [cit. 2011-07-13]. Dostupné z: <<http://supervizia.yw.sk/supervizia/dokument11.htm>>.
22. HARTL, P. *Stručný psychologický slovník.*1.vyd. Praha: Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1.
23. HAVIAR,A. *Koučovanie.* [online]. [cit. 2011-06-24]. Dostupné z: <<http://www.supervizia.sk/products/koucovanie/>>.
24. HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce:metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci.* Praha: Osmium, 1999. 166 s. ISBN 80-902081-8-5.
25. HAVRDOVÁ, Z. *Otázky kolem supervize dnes a zítra.* In: *Supervize v sociální práci a její institucionální souvislosti.* Ústí nad Labem: FSE UJEP, 2005. ISBN 80-7044-698-6.

26. HAVRDOVÁ, Z. –HAJNÝ, M. a kol. *Praktická supervize*. 1 vyd. Praha:Galén,2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
27. HAWKINS, P. – SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
28. HEMP, H.W. *Qualification Criteria for Supervisors*. [online].[cit.2011-12-06]. Dostupné z: <[http://www.supervision-eas.org/files/pdf/publications/hwhemp1\\_e.PDF](http://www.supervision-eas.org/files/pdf/publications/hwhemp1_e.PDF)>.
29. HESS,A.K.,HESS, K.D, HESS, T.H.1980. *Psychoterapy supervision: Theory, research and practice. 2nd ed. New York: Wiley, 1980.648 p. ISBN 0471769215.*
30. HRONOVÁ, M. Co se stane, když k vám přijde supervizor. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. Praha: Galén, 2006. roč. 2, č. 4, s.45-46. ISSN 1801-464X.
31. Institut pro systemickou zkušenost. *Management centrum*. [online]. [cit. 2011-06-17]. Dostupné z: <<http://www.isz-mc.cz/home/>>.
32. Institut supervize a koučování HERMÉS Praha. *Supervize*. [online]. [cit. 2011-06-15]. Dostupné z: <<http://www.spaspraha.com/sekce.php?id=139&pred=35#Supervize%20v%20ISK%20HERMES>>.
33. JANEČKOVÁ, H. Manažerskou supervizi přijala Diakonie nejen ke zlepšení kvality řízení. *Sociální práce:časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*.Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2007, č. 4. s. 4-6. ISSN 1213-6204.
34. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1 vyd. ISV nakladatelství, Praha:ISV nakladatelství, 2000.133 s. ISBN 80-85866-55-2.

35. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Interní supervize*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 24 s. ISBN 978-80-86991-06-1.
36. JIČÍNSKÁ, K. Supervize jako celoživotní forma učení a zdroj profesionálního růstu sestry. In: *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí: sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů v Brně, 2006. 208 s. ISBN 80-7013-449-6.
37. KAHOUN, V. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální práce: Sociální práce II*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007. 281 s. ISBN 978-80-7387-064-5.
38. KEBZA, V. – ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 24 s. ISBN 80-7071-231-7.
39. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
40. KŘIVOHLAVÝ, J. – PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
41. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3.vyd. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
42. LEVICKÁ, J. *Kazuistický seminár zo sociálnej práce*. Trnavská univerzita. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce. Trnava: Slovak Academia Press, 2004. 59 s. ISBN 80-89104-36-3.
43. MACÁKOVÁ, M. *Supervize v NNO poskytující sociální služby*, 2001 [online]. [cit. 2011-07-13]. Dostupné z: <<http://www.tretipatro.cz/res/data/000010.doc>>.

44. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
45. MAROON, I. – MATOUŠEK, O. – PAZLAROVÁ, H. *Vzdělávání studentů sociální práce v terénu*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 141 s. ISBN 978-80-246-1307-9.
46. MAHROVÁ, G.- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
47. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
48. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*.1. vyd. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
49. MATOUŠEK, O. et al. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
50. MELGOSA, J. *Zvládni svůj stres:Kniha o duševním zdraví=New Start*. 1. vyd. Praha: Advent- Orion, 1997. 190 s. ISBN 80-7172-240-5.
51. MICHKOVÁ, A. *Supervize*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008. 106 s. ISBN 978-80-7394-145-1.
52. MICHKOVÁ, A. *Supervize v sociálních práci v České republice*. Disertační práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. 111 s. 2009. Vedoucí disertační práce doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.



53. MLÝNKOVÁ, J. Jak nevyhořet v ošetrovatelské profesi. *Sestra a lékař v praxi: časopis pre sestry, lekárov a iných zdravotníckých pracovníkov*. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia, 2010. roč. 9, č.1-2. s.44-45. ISSN 1335-9444.
54. MOJŽÍŠOVÁ, A. *Kapitoly sociální práce v praxi*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008. 139 s. ISBN 978-80-7394-074-4.
55. NÁKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. 1.vyd. Praha: Academia, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198-6.
56. NOVOTNÝ, J. *Něco o supervizi*. Liberec, 2006. [online]. [cit. 2011-05-02]. <<http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/neco-o-supervizi.pdf>>.
57. ONDRIOVÁ, I. – SLANINKOVÁ, J. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetřování terminálně nemocných. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Strategie Praha, 2010. roč.20, č.10, s. 27-28. ISSN 1210-0404.
58. PAČESOVÁ, M. *Lékař, pacient a Michael Balint*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 170 s. ISBN 80-7254-491-8.
59. PARMA, P. *Umění koučovat*. 1 vyd. Praha: Alfa Publishing, 2006. 222 s. ISBN 80-86851-34-6.
60. Remedium Praha. *Popis vzdělávacího programu Řízení a supervize v pomáhajících profesích*. [online]. [cit. 2011-06-15]. Dostupné z: <<http://www.remedium.cz/vzdelavaci-programy/popis-programu-rizeni-a-supervize-v-pomahajicich-profesich.php>>.

61. SCHAVEL, M. *Sociálne poradenstvo a supervízia v sociálnej práci*. 1. vyd. Bratislava: Gerthoffer, 2004. 132 s. ISBN 1335-05378.
62. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 234 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
63. SCHWARZ, R. *Supervision in der Pflege: Leitfaden für Pflegemanager und – praktiker*. 1. Auflage, Bern: Huber, 2007. 229 p. ISBN 978-3-456-84335-3.
64. SPOUSE, J. -REDFERN, L. *Successful Supervision in Health Care Practice: Promoting Professional Development*. Oxford: Blackwell Publishing, 2000. 188 p. ISBN 0-632-05159-0.
65. STASKOVÁ, V. – TÓTHOVÁ, V. Syndrom vyhoření u zdravotních sester na kardiochirurgickém oddělení. In: *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí: sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů v Brně, 2006, 208 s. ISBN 80-7013-449-6.
66. ŠIMEK, A: *Historie supervize v ČR*. [online]. [cit. 2011-05-30]. Dostupné z: <<http://www.supervize.eu/publikace-a-clanky/ruzne-texty/historie-supervize-v-cr/>>.
67. ŠIMEK, A.- KALINA, K. et al. *Supervize-kazuistiky*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004, 171 s. ISBN 80-7254-496-9.
68. TSUI, M. *Social work supervision: contexts and concepts*. 1st ed., Thousand Oaks:Sage, 2005. 178 p. ISBN 0-7619-1767-5.
69. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: SLON, 2007. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-9.

70. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

71. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 86 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

72. Vzdělávací středisko. *Aktuální nabídka kurzů*. [online]. [cit. 2011-06-17]. Dostupné z: < <http://g-i.cz/cz/>>.

73. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.

74. ZÁLESKÁ, V., MACHÁČKOVÁ, J.: *Supervize ve zdravotnictví*, Diagnóza v ošetřovatelství, IV., 2008, 4, str. 29. ISSN 1801-1349.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

- Supervize
- Zdravotnická zařízení
- Balintovské skupiny
- Syndrom vyhoření

## **9. PŘÍLOHY**

**Příloha č.1:** Etické zásady Evropské Asociace supervize

**Příloha č.2:** Dotazník

## **Příloha č.1: Etické zásady Evropské Asociace supervize**

### **Etické zásady Evropské Asociace supervize**

#### **1. Preambule**

Evropská asociace supervize EAS zahrnuje jednotlivce a instituce pracující v oblastech supervize (supervizoři), výuky supervize (vyučující supervizoři) a výcviku supervizorů (instruktoři). V oblasti sociální psychologie EAS dodržuje platné obecné zásady profesionálních standardů. Výše zmínění jednotlivci jsou v následujícím textu označováni jako členové. Supervidovaný značí osobu, které je poskytována supervize. Jako klient je označován klient supervidovaného. Kandidát je někdo, kdo se účastní výcvikového programu pro supervizory.

#### **Účel těchto etických zásad**

##### **Etické zásady členů EAS mají pomoci:**

1. Zaručit klientům, supervidovaným a kandidátům ochranu před etickými a právními nároky;
2. Splnit požadavky supervidovaných a jejich odborného růstu způsobem přinášejícím prospěch klientovi;
3. Splnit požadavky kandidátů týkající se jejich výcviku a odborného růstu způsobem přinášejícím prospěch klientovi a odpovídajícím požadavkům výcvikového programu;
4. Koncipovat způsoby, postupy a kritéria uskutečňování výcvikových programů.

Tyto zásady umožňují členům zkoumat a objasňovat etické aspekty jejich práce. Slouží také k informování veřejnosti o tom, co může v tomto ohledu od členů očekávat. Vždy po pěti letech - v případě potřeby častěji - budou tyto zásady oficiálně zkontrolovány a upraveny tak, aby členům pomáhaly v etických otázkách během supervize a výcviku.

#### **Základní předpoklady**

Členové respektují důstojnost všech lidí. Nediskriminují na základě kulturního nebo etnického původu, fyziologického, psychologického, sociologického, ekonomického stavu nebo sexuálních preferencí.

Členové praktikují své povolání s plným vědomím práva země, ve které žijí.

Prvořadou povinností členů je chránit supervidovaného a jeho klienty. Členové proto mají supervidovanému poskytovat co nejlepší službu a nemají dělat nic, co by mohlo záměrně nebo z nedbalosti poškodit supervidovaného.

Členové se mají snažit o to, aby si supervidovaný začal uvědomovat důstojnost, autonomii a zodpovědnost lidské bytosti a mají podporovat jednání vyplývající z tohoto uvědomění.

Členové mají věnovat maximální možné úsilí tomu, aby zajistili optimální splnění zakázky supervidovaných.

### **Užívání etických zásad**

V případě zřejmého nedodržení těchto zásad se členové nebo jiné zainteresované strany mohou obrátit na komisi pro etiku a otázky povolání (the Commission for Ethics and Occupational Questions) EAS. EAS může pozastavit členství člena nebo dočasně zrušit jeho kontrakt o pokročilém výcviku, jestliže se jeho chování neřídí základními principy formulovanými v těchto zásadách a jestliže není ochoten po jednání s kolegy nebo s profesní asociací toto chování změnit.

## **2. Prospěch a práva supervidovaného a klienta**

2.01 Členové jsou povinni provázet a učit supervidované respektovat integritu a prosazovat prospěch svých klientů. Členové od supervidovaných a kandidátů výcvikového programu očekávají, že budou informovat své klienty o tom, že je jim poskytována supervize a že pozorování a/nebo záznamy ze sezení mohou být ukázány supervizorovi.

2.02 Členové nemají ani neurčitě naznačovat klientům nebo supervidovaným, že mají vyšší vzdělání nebo akademickou kvalifikaci, než jaké skutečně mají.

2.03 Členové mají informovat klienty o jejich právech - včetně práva na ochranu osobnosti a práva klienta na to, aby informace, které poskytne při konzultaci, zůstaly důvěrné. Dále mají být klienti zpraveni o tom, že jejich právo na ochranu osobnosti a právo na zachování důvěrnosti informací nebude supervizí ovlivněno.

2.04 Člen nemá supervidovaného jakkoliv zneužívat, a zvláště ne k jakémukoli materiálnímu nebo osobnímu prospěchu. Sexuální vztahy mezi členy a supervidovanými jsou zakázány.

2.05 Ve shodě s dostupnými informacemi má člen mít se svým supervidovaným vztah, který je založený na kontraktu. Obě strany by měly mít schopnost a úmysl řídit se obsahem tohoto kontraktu. Jestliže supervidovaný nebo člen není s to se řídit podmínkami kontraktu, musí člen ukončit vztah takovým způsobem, aby supervidovaný neutrpěl žádnou újmu.

2.06 Vstoupením do tohoto vztahu vytváří člen pro supervidovaného vhodné prostředí. To zahrnuje fyzickou bezpečnost během práce a informace o každém riskantním postupu a souhlas pokračovat.

2.07 Pracovní poznámky - včetně poznámek zaznamenaných během rozhovorů, výsledky testů, korespondence, elektronicky uložené dokumenty a zvukové a obrazové nahrávky jsou důvěrné, odborné informace. To zahrnuje odborné informace od třetích stran. Takový materiál může být použit pro výcvik, supervizi nebo výzkum pouze tehdy, jestliže klient (nebo zákonný zástupce v případě nezletilé osoby) udělil písemné svolení.

2.08 Profesionální vztah mezi členy a supervidovanými je definován kontraktem a končí s ukončením kontraktu. Avšak jisté profesionální závazky existují dokonce i po ukončení kontraktu. Týkají se následujícím bodů:

- a. Zachovávání důvěrnosti informací
- b. Nezneužívání předchozího vztahu
- c. Poskytnutí potřebné následné péče v případě nutnosti

2.09 Při zkoumání lidí se supervizoři musí držet platných profesních a právních zásad a předpisů.

2.10 Jestliže dodržení smluvního vztahu ohrožují osobní nebo zdravotní problémy, potom členové musí buďto zodpovědným způsobem ukončit kontrakt, nebo zajistit, aby byly supervidovanému poskytnuty veškeré náležitě informace, aby se mohl sám rozhodnout, zda pokračovat v kontraktu, nebo ne.



### **3. Profesionální činnost supervizora**

Role supervizora zahrnuje následující povinnosti:

- a. Monitorovat prospěch klienta
- b. Zajišťovat dodržování příslušných právních, etických a profesionálními zásad a předpisů klinické a konzultantské praxe
- c. Monitorovat dosažené klinické a konzultantské výsledky a odborný růst supervidovaného.

3.01 Členové nepřijímají žádné supervizní zakázky, jestliže pro ně nemají speciální výcvik.

3.02 Supervizoři absolvují další výcvik a pokročilý výcvik , například kursy, semináře a odborné konference; a to průběžně a pravidelně. Tento výcvik má být ve všech oblastech, ve kterých pracují.

3.03 Supervizoři supervidovaného podporují v tom, aby si uvědomoval etická a odborná témata, stejně jako právní odpovědnost své práce.

3.04 Supervizoři supervidované důsledně vedou k dodržování právních ustanovení týkajících se výkonu jejich profese.

3.05 V krizových situacích má supervidovaný možnost kontaktovat svého supervizora nebo jiného kolegu.

3.06 Monitorování supervizní činnosti pomocí diktafonu, magnetofonu nebo videorekordéru - kromě zpracovávání ústních a písemných zpráv - je standardní a pravidelnou součástí supervizního procesu.

3.07 Supervizoři mají zajišťovat, aby frekvence a trvání kontaktu se supervidovanými odpovídala zakázce.

3.08 Supervizoři mají supervidovaným poskytovat průběžnou zpětnou vazbu důležitou pro řádné splnění jejich zakázek. Má být prováděna způsobem odpovídajícím kontraktu a úrovni výcviku. Může být oficiální nebo neformální; ústní nebo písemná.

3.09 Supervizoři, kteří supervidovaným radí ve více než jedné roli (například jako lektoři, kliničtí supervizoři, supervizoři pracující s týmem) mají v maximální možné míře omezit konfliktní oblasti. V zásadě mají být tyto role rozděleny mezi různé supervizory. Jestliže to není možné, má být supervidovaný důkladně informován o tom,

jaká očekávání a jaké povinnosti provázejí každou roli. Odlišné role mají být odděleny v prostoru a čase.

3.10 Supervizoři nemají mít žádný sexuální kontakt se supervidovanými. Supervizoři se vyhnou společenskému styku se supervidovanými, pokud by mohl ohrozit vztah mezi supervizorem a supervidovaným. Jestliže je z jakéhokoli důvodu omezena objektivita supervizora nebo jeho schopnost profesionálně hodnotit, bude supervizní vztah ukončen.

3.11 Supervizoři nemají poskytovat jakýkoli druh psychoterapie jako náhradu nebo doplněk supervize. Osobní záležitosti se budou během supervize probírat jen z hlediska jejich vlivu na klienty nebo z jiných odborných důvodů.

3.12 Při průběžném posuzování a vyhodnocování supervidovaného si supervizor uvědomuje jeho osobní nebo profesionální omezení. Supervizoři mohou doporučit psychoterapii nebo psychologickou poradenskou službu, jestliže se ukáže, že supervidovanému činí potíže porozumět sám sobě nebo řešit problémy do takové míry, že to brání v efektivní práci. Samotní supervizoři nesmějí tuto terapii/poradenskou službu poskytovat.

#### **4. Výcvik**

4.01 Lektoři mají zajistit, aby poskytované výcvikové programy (training programmes) a vzdělávání (learning experiences) byly v souladu se současně platnými směnicemi EAS a ostatních uznaných asociací.

4.02 Lektoři a vyučující supervizoři mají nabízet kurzy a vyučování supervizi jen v oblastech, ve kterých mají požadovanou kvalifikaci a zkušenost.

4.03 Aby dosáhli nejvyšší kvality v oblasti výcviku a supervize, lektoři a vyučující supervizoři se mají aktivně účastnit diskusí s kolegy, kteří mají podobný výcvik a zkušenosti.

4.04 Lektoři mají kandidátům poskytnout podrobné informace o výcvikovém programu poskytovaném jejich institucí, pokud jde o požadavky, očekávání, role a pravidla. Očekávají od svých kandidátů přiměřenou úroveň participace na přípravě pravidel svých institutů, programů, kursů a individuálních podmínek pro supervizi. Mají

přijmout jen ty kandidáty, kteří splňují nezbytné předpoklady stanovené EAS pro přijetí do výcvikového programu.

4.05 Lektoři a vyučující supervizoři poskytují kandidátům vzdělávání, které integruje teoretické znalosti s praktickou aplikací. Informují supervidované o cílech, postupech a teoretické orientaci metody, kterou zvolili. Kandidáti mají možnost použít, co se naučili, a porozumět teorii, ze které daná praxe vychází. Vyučované teoretické modely a metody reflektují současnou praxi, výzkum a prameny.

4.06 Lektoři a vyučující supervizoři podporují a povzbuzují kandidáty, aby definovali svoji vlastní teoretickou orientaci, stanovili si své vlastní učební cíle a monitorovali svůj pokrok v dosahování svých cílů.

4.07 Lektoři posuzují zkušenosti a schopnosti supervidovaných, aby stanovili standard profesionálních kompetencí. Omezují činnosti supervidovaných v závislosti na aktuální úrovni schopností a zkušeností.

4.08 Supervizoři doporučí psychoterapii nebo psychologickou poradenskou službu, jestliže supervidovanému činí potíže porozumět sám sobě nebo řešit problémy do takové míry, že to brání v efektivní práci. Samotní supervizoři nesmějí tuto terapii/poradenskou službu poskytovat.

4.09 Lektor nemá doporučit kandidáta ke zkoušce, jestliže se domnívá, že kandidát je předpojatý způsobem, který bude mít vliv na jeho odbornou způsobilost. V takových případech lektor pomáhá kandidátovi pochopit podstatu jeho předsudku a pokud možno jej překonat.

4.10 Pokud se ukáže, že kandidát nemůže poskytovat žádnou kvalifikovanou profesionální službu, bude vyloučen z výcvikového programu. Takoví kandidáti obdrží jasné a odborné písemné vysvětlení.

4.11 Jestliže výcvikový program zahrnuje seberozvíjející zkušenosti nebo porady, při kterých vyjdou na světlo důvěrné osobní podrobnosti, budou přijata opatření zabraňující tomu, aby se lektoři a supervizoři dostali do konfliktního postavení v případě, že mají ve výcvikovém programu ještě jiné role.

4.12 V případě konfliktů mezi požadavky klienta, kandidáta a výcvikového programu nebo organizace zajišťující program mají lektoři dodržovat následující pořadí priorit.

Vnitrostátní zákony a předpisy jednotlivých zemí jsou vždy prvním východiskem, protože se obvykle zabývají ochranou klienta. Jestliže právní ustanovení a etické zásady nejsou k dispozici nebo nejsou jasná, bude se posuzování lektora řídit následujícím seznamem:

- a. Příslušná právní ustanovení a etické zásady (například povinnost vydávat varování, zákony týkající se zneužívání dětí atd.)
- b. Prospěch klienta
- c. Prospěch supervidovaného (nebo kandidáta)
- d. Prospěch supervizora (nebo vyučujícího supervizora nebo lektora)
- e. Požadavky výcvikového programu a/nebo místa, kde se program koná, technicko-administrativní požadavky

## **5. Profesionální praxe**

5.01 Během celé své profesionální kariéry se i samotní členové mají podrobovat supervizi, bez ohledu na úroveň výcviku, složené zkoušky nebo na členství v profesní organizaci. Mají stále držet krok s rozvojem svého oboru tak, že se účastní konferencí a seminářů a budou se průběžně informovat o problémech diskutovaných v profesních asociacích.

5.02 Členové se mají na veřejnosti zdržet hanlivých poznámek nebo narážek na postavení, kvalifikaci nebo charakter jiných členů. Na druhé straně otevřená osobní a odborná kritika je vítána.

5.03 Členové mohou vystoupit proti kolegovi, když mají důvod se domnívat, že se nechová ve shodě s etickými zásadami. Jestliže problém nelze vyřešit, mají informovat svoji profesní asociaci

..

## **Příloha č. 2: Dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Bohumila Zetková a jsem studentkou 2.ročníku, navazujícího magisterského studia, Zdravotně sociální fakulty, obor Rehabilitační - psychosociální péče o postižení děti, dospělé a seniory. Píši diplomovou práci na téma: *Využití supervize ve zdravotnických zařízeních*. Chtěla bych Vás poprosit o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Všechny údaje, zde uvedené jsou **anonymní** a budou sloužit pouze k výzkumu mé diplomové práce. Své odpovědi prosím vyznačte (tučně, podtrhněte, popř. doplňte). Vzhledem k tomu, že posílám svůj dotazník mailem, vyplněný si ho, prosím, uložte a pošlete mi ho zpět na mou emailovou adresu: bohumilazetkova@seznam.cz.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku

Bohumila Zetková

### **1) Pohlaví**

- a) Muž                      b) Žena

### **2) Věk .....**

### **3) Kraj:**

- a) Zlínský kraj  
b) Jihočeský kraj

### **4) Ve kterém zdravotnickém zařízení pracujete?**

- a) nemocnice  
b) léčebna, uveďte prosím typ zařízení.....  
c) jesle

- d) kojenecký ústav
- e) dětský domov
- f) jiné, prosím uveďte.....

**5) Jaké je Vaše pracovní zařazení ve zdravotnickém zařízení?**

.....

**6) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) SZŠ s maturitou
- b) SŠ s maturitou
- c) VOŠ
- d) VŠ bakalářské studium
- e) VŠ navazující magisterské studium
- f) VŠ doktorské studium

**7) Kdy jste se poprvé setkal/a s pojmem supervize?**

- a) ve škole
- b) v současném zaměstnání
- c) v předchozím zaměstnání
- d) při konferenci, seminářích
- e) jinde, uveďte kde.....
- f) nikdy jsem se nesetkal/a - **pokud jste zaškrtnli odpověď f, děkuji Vám za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku!!**

**8) Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení zkušenosti se supervizí?**

- a) ano - **pokud jste odpověděli ANO, přejděte prosím na otázku č. 9**
- b) ne - **pokud jste odpověděli NE, děkuji Vám za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku!!**

**9) Co podle Vás vystihuje nejlépe pojem supervize?**

- a) kontrola
- b) vhléd do situace
- c) audit

**10) Pro koho je supervize ve Vašem zdravotnickém zařízení určena?**

- a) pro všechny zdravotnické pracovníky
- b) pro nelékařské zdravotnické pracovníky
- c) jen pro vedoucí pracovníky (vrchní sestry, staniční sestry,..)
- d) pro jinou skupinu osob, prosím uveďte: .....

**11) Kterou z forem supervize využívá Vaše zdravotnické zařízení?**

- a) externí (supervizor není zaměstnancem zařízení, ve které supervize probíhá)
- b) interní (supervizor je zaměstnancem zařízení, ve které supervizi provádí)

**12) Který z typů supervize Vaše zdravotnické zařízení spíše upřednostňuje?**

- a) skupinovou supervizi
- b) individuální supervizi
- c) týmovou supervizi

**13) Využívá Vaše zařízení některou z dalších forem supervizí:**

- a) autovize (proces sebereflexe pracovníka, bez přítomnosti supervizora)
- b) co-consultancy (vzájemné konzultování dvou kolegů)
- c) intervize ( supervizní setkání bez supervizora, podobně funkčně postavení kolegové, kteří sdílejí odpovědnost za pracovní činnost)

**14) Absolvoval/a jste kurz, který by byl zaměřený na supervizi pro pomáhající profese?**

- a) ano – pokud jste odpověděli ano, napište prosím rozsah, jaký typ, počet hodin  
.....

b) ne

**15) Myslíte si, že supervize ve Vašem zařízení zvyšuje kvalitu poskytované péče o pacienty?**

a) ano

b) ne

**16) Myslíte si, že supervize ve Vašem zařízení zvyšuje kvalitu fungování pracovního kolektivu?**

a) ano

b) ne

**17) Myslíte si, že supervize ve Vašem zařízení zlepšuje spolupráci v rámci pracovního kolektivu?**

a) ano

b) ne

**18) Supervizi ve Vašem zdravotnickém zařízení považujete za:**

a) vhodnou formu prevence syndromu vyhoření

b) přínosnou ve smyslu rozvoje dovedností u odborných pracovníků

c) povinnost

d) ztrátu času

e) příjemný čas strávený s kolegy

f) jiná alternativa, uveďte jaká.....

**19) V čem Vám je supervize nejvíce nápomocná?? (můžete zaškrtnout více odpovědí)**

a) pomáhá mi vyrovnat se s pracovním stresem

b) považuji ji jako vhodnou formu prevence syndromu vyhoření

c) profesionálně mě rozvíjí a rozšiřuje mé dovednosti



- d) poskytuje mi podporu, pomoc při řešení problémů
- e) sdílení problémů s kolegy
- f) další, prosím uveďte.....

**20) Je pro Vás důležitá osobnost supervizora?**

- a) ano
- b) ne

**21) Je pro Vás důležité, jaké má supervizor vzdělání?**

- a) ano
- b) ne

**22) Jak často ve Vašem zařízení supervize probíhá?**

- a) 1x za měsíc
- b) 1x za čtvrt roku
- c) 1x za půl roku
- d) 1x za rok
- e) jiný interval, prosím uveďte.....

**23) Vyžádali si někdy Vaši podřízení sami supervizi?**

- a) ano
- b) ne

**24) Jste spokojeni se supervizí ve Vašem zařízení?**

- a) ano
- b) ne - pokud jste odpověděli ne, uveďte prosím důvod.....

