

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Fakulta zdravotních věd

Ústav ošetrovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Helena Keclíková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Fakulta zdravotních věd

Ústav ošetrovatelství

**PROBLÉMY SESTER – MOŽNOSTI KLINICKÉ SUPERVIZE
V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářská práce

Helena Keclíková, DiS.

4. ročník bakalářský studijní program ošetrovatelství

Forma studia: kombinovaná

Studijní obor: OŠETŘOVATELSTVÍ

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Špirudová, PhD.

OLMOUC 2010

ANOTACE BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce:

Problémy sester – možnosti klinické supervize v ošetrovatelství

Název práce v AJ:

Problems nurses - possibilities of clinical supervision in nursing

Datum zadání: 2009-12-10

Datum odevzdání: 2010-05-04

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotních věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Keclíková Helena, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Špirudová, PhD.

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce je zaměřená na zmapování možností a požadavků na klinickou supervizi pro obor ošetrovatelství v souvislosti s možným řešením problémů sester zejména v rovině osobního profesionálního rozvoje. Zjišťuje povědomí cílové skupiny respondentů – zdravotních sester- o klinické ošetrovatelské supervizi. Cílem bylo zmapovat požadavky a představy na osobu supervizora, problémy, které by sestry přinášely k řešení do individuálních a skupinových supervizních konzultací, důvody, proč by supervizi mohly odmítat a možnosti zařazení supervize do celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků s odpovídajícím kreditním ohodnocením. Informace získané z anketního šetření budou využity v dalších studiích a konceptech směřujících k rozvoji klinické ošetrovatelské supervize a její implementace do běžné sesterské praxe.

Abstrakt v AJ:

Bachelor's thesis is focused on finding opportunities and requirements for clinical supervision for nursing in relation to a possible solution to the problems of nurses especially in terms of personal professional development. It identifies the target group of respondents awareness - nurses, a clinical nursing supervision. The aim was to map the requirements and ideas per supervisor, problems that bringing the nurses to deal with the supervisory skills of individual and group consultations, the reasons why they might reject supervision and the inclusion of supervision in the lifelong training of health workers with adequate credit rating. Information obtained from public inquiry

investigation will be used in other studies and concepts towards the development of clinical nursing supervision and its implementation to normal nursing practice.

Klíčová slova v ČJ: supervize, zdravotnictví, ošetřovatelství, pomáhající profese, problémy sester, stres, syndrom vyhoření

Klíčová slova v AJ: supervision, health care, nursing, helping professions, nursing problems, stress, burnout

Rozsah: 49 s., 8 příloh

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Lenky Špirudové, PhD. a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.

Současně také souhlasím s užíváním práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne.....

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Lence Špirudové, PhD. za ochotu, trpělivost, vstřícnost a cenné rady, které mi byly poskytovány po celou dobu psaní bakalářské práce.

Zároveň chci poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na vyplnění anketního šetření.

OBSAH

	ÚVOD	9
I.	TEORETICKÁ ČÁST	10
1	Problémy sester	10
1.1	Stres	12
1.2	Syndrom vyhoření	13
2	Supervize	15
2.1	Definice supervize	15
2.2	Historie supervize	16
2.3	Supervize v pomáhajících profesích	17
2.4	Funkce supervize	18
2.5	Druhy a formy supervize	19
2.6	Účel supervize, kontrakt o supervizi	20
2.7	Etické zásady supervize	22
2.8	Klinická supervize ve zdravotnictví	22
II	EMPIRICKÁ ČÁST	23
3	Cíle práce	23
4	Metodika práce	24
4.1	Volba výzkumného nástroje a jeho koncipování	24
4.2	Kritéria pro výběr vzorků respondentů	24
4.3	Pilotní studie	25
4.4	Plán šetření v terénu, souhlas organizace	25
5	Výsledky výzkumného šetření	26
5.1	Charakteristika vzorků respondentů	27
5.2	Cíl 1	29
5.3	Cíl 2	30
5.4	Cíl 3	34
5.5	Cíl 4	35
6	Diskuze	37
	ZÁVĚR	41

Použitá literatura	44
Seznam použitých zkratk	47
Seznam tabulek a grafů	48
Seznam příloh	49
Přílohy	

ÚVOD

Povolání zdravotní sestry je jedním z mála, ve kterém se v posledních letech udála velká spousta změn, mění se profesionální i právní postavení sester, pracovní podmínky, velké změny nastaly v oblasti vzdělávání a přípravy budoucích sester na své povolání. Ve většině zemí tvoří sestry nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví ať už v nemocniční, ambulantní nebo komunitní péči. V systému zdravotnictví mají nezastupitelnou funkci. A možná právě tento rozvoj a změny sebou přinášející zvyšuje nároky na celou škálu znalostí a vědomostí, které musí sestry pojmout, vzít je za své a ukázat tak stále se rozšiřující sesterské umění.

Rozhodnutím pomáhat, a tedy převzetím úlohy věnovat pozornost potřebám někoho jiného, vstupujeme do vztahu, který je z pohledu laika jiný než všechno běžné a každodenní.¹ Pro nás zdravotníky je to sice každodenní rutina, činnost, která nás živí, baví, naplňuje, ale v jistých momentech a situacích také přetěžuje, stresuje či frustruje. Jsme jen lidé a tak jako každý jiný i zdravotník má nárok na odbornou a vysoce erudovanou pomoc a podporu v těchto těžkých stavech. Sestry podporují mnoho svých pacientů a klientů, ale jim samotným se podpory nedostává. Mít za kým jít, s kým si pohovořit o věcech, které nás v souvislosti s prací tíží, se kterými se neumíme vypořádat sami nebo prostě jen slyšet názor, pohled druhé osoby, to je to, co nás může v mnohých problémech posunout kupředu. A právě supervize se jednou z možností, která může našim zdravotnickým pracovníkům pomoci.

¹Hawkins & Shohet, *Supervize v pomáhajících profesích*, s. 17.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLÉMY SESTER

Motivace lidí, kteří chtějí pracovat ve zdravotnictví, bývá velmi podobná – touha pomáhat druhým lidem. I přes veškeré těžkosti je povolání zdravotní sestry stále přitažlivé, mnoho sester jej považuje za své poslání a setrvává v něm i přes jeho náročnost. Řada dalších však vstupují do profese s nadšením a ideály a teprve postupem času zjišťují, s jak velkým výkonovým a emočním nasazením musí počítat.² Spojení vysokých nároků s relativně nízkým oceněním pak může způsobovat postupné zhoršování zdravotního stavu pracovníka a následně dochází také ke zhoršení kvality poskytované péče.

Různorodé zátěže sester můžeme rozdělit například do těchto dvou skupin:

1. Zátěže fyzické, chemické, fyzikální

- Statické zatížení (stání)
- Dynamické zatížení (chůze, popocházení...)
- Zatížení páteře, svalového a kloubního systému (polohování, úprava lůžek, zvedání...)
- Rizika infekce
- Narušení spánkového rytmu při směnném provozu
- Nepravidelné stravování, nedodržování pitného režimu
- Kontakt s léky, dezinfekčními přípravky (alergeny)
- Hluk, nesprávné osvětlení, radiační záření³

²Bartošíková, *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, s.5

³Tamtéž, s. 11

2. Zátěže psychické, emocionální, sociální

- Neustálá pozornost, pečlivé sledování (pacientů, přístrojů, instrukcí...)
- Pružné reagování na různorodé požadavky a změny, nároky na paměť
- Zodpovědnost za vlastní rozhodování, které musí být většinou rychlé a bezchybné, nutnost improvizace
- Opakovaná konfrontace s bolestí, utrpením, smrtí a dalšími emočně náročnými stavy
- Působení bolesti druhým lidem (při plnění výkonů a ordinací)
- Zacházení do intimity druhých včetně překračování hranic (zavádění katetrů, klyzmata, cévkování,...)
- Mnohdy náročná komunikace s pacienty, jejich příbuznými
- Nízké ohodnocení, nároky na neustálé vzdělávání a učení se⁴ a spousty dalších...

Mezi důsledky nadměrného zatížení pak patří celá škála příznaků a celých syndromů, nejčastěji jsou to:

- bolesti nohou, zad, kloubů s následnými poruchami hybnosti, výhřezy meziobratlových plotének
- vznik křečových žil, žaludečních vředů a jiných GIT potíží
- únava s poruchami spánku (např. nespavost)
- předrážděnost, snížení pozornosti, emoční labilita
- zvýšená vnímavost k infekcím
- vznik alergií (při práci s dezinfekčními prostředky, s antibiotiky...)
- astma, migrény
- různé stresové syndromy

a mnoho dalších...

Kromě rizikových faktorů však i v práci sester existují ochranné faktory, které umožňují nacházet a posilovat motivaci, uspokojení z práce a celkovou spokojenost sester. Neustálý styk s novými lidmi může rozšiřovat vlastní obzory, dává šanci naučit se leccemu novému ať už o lidech, oborech, činnostech, poznat příběhy jiných, jejich

⁴Bartošíková, *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, s. 12

zážitky, radosti i starost. Zkušenosti z práce lze dále využít v osobním životě, dle autorky Bartošikové je povolání sestry „*jakási škola života při zaměstnání*“. Sestry se musí naučit nedostat se do časové tísně, většinou umí dobře improvizovat a zorganizovat mnohé další činnosti v životě mimo práci.

1.1 Stres

Stres je chápán jako psychický a fyzický stav zátěže a napětí, vzniká tehdy, působí-li na jedince nadměrně silný podmět po dlouhou dobu, nebo ocitne-li se v nesnesitelné situaci, jíž se nemůže vyhnout a setrvá-li v ní.⁵ Přiměřený a nedlouho působící stres patří k běžnému životu.

Obvykle se rozlišují dva druhy stresu. **Eustres** je brán pozitivně, je reakcí na radostné očekávání, vzrušení, kdy dochází ke kladným zážitkům (např. svatba, oslavy, ale také sportovní aktivity či adrenalinové sporty). **Distres** je naopak negativně působící stres, který vzniká v očekávání něčeho nepříjemného, ocitnutí se v těžko zvládnutelné situaci, kdy se jedinec domnívá, že nemá dost sil zvládnout to, co jej ohrožuje.⁶

Stres působí negativně na zdravotní stav buď přímo, nebo nepřímo. Příмым účinkem stresu bývá ovlivnění imunity, endokrinního a nervového systému (viz. výše), nepřímý účinek pak ovlivňuje chování a jednání člověka ve smyslu např. nadměrné konzumace sladkostí, alkoholu či cigaret k „pocitu navození klidu“.

Nejčastějšími obrannými reakcemi na stres bývá útok, únik či agrese. Tyto obranné reakce jsou nám dány vývojem a bez nich by naši předci nepřežili. Mezi další obranné reakce, které nemusí být plně uvědomované, jsou popření, potlačení a vytěsnění, různé druhy fantazií, racionalizace, sublimace, regrese, identifikace, substituce, projekce, rezignace a další.⁷

⁵Švingalová, *Stres a , vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. s. 8-9

⁶Křivohlavý, *Psychologie zdraví*, s. 171

⁷Vágnerová, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 58-59

Každý jedinec má různou hladinu odolnosti vůči zvládnání negativního stresu. Významnou roli hraje osobnost člověka a sociální opora, které se mu dostává z jeho okolí (rodina, přátelé, dobrá pracovní atmosféra).

1.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření dle autorky Bartošíkové „vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Objevuje se při práci s lidmi v tzv. pomáhajících profesích“.

Autorka Švingalová definuje syndrom vyhoření jako „důsledek dlouhodobě působícího (chronického) pracovního stresu, který je zvládán maladaptivně. Vyskytuje se zvláště u profesí, obsahující jako podstatnou složku pracovní náplně, práci s lidmi. Jedná se o závažný medicínsko-psychologický problém, který významně ovlivňuje zdraví a kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje⁸.

Definice je v literatuře uváděna celá řada, shodují se mimo jiné v těchto bodech:

- Jedná se především o psychický stav, prožitek vyčerpání
- Je spojován s profesemi, jejichž podstatnou složkou pracovní náplně je „práce s lidmi“
- Vyskytuje se u psychicky jinak zdravých lidí
- Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu
- Negativně vytvořené postoje a z nich vyplývající chování vede k menší efektivitě práce
- Více je přihlíženo k psychickým příznakům a prvkům chování než k provázejícím tělesným příznakům⁹

⁸Švingalová, *Stres a vyhoření u profesionálů pracujících s lidmi.*, s. 49

⁹Šolcová & Kebza, *Syndrom vyhoření*, s. 7

Příčiny vzniku syndromu vyhoření je třeba hledat jak v osobnosti postiženého, tak i v konkrétních pracovních podmínkách.

Stádia vývoje vyhoření

Syndrom vyhoření je stále častěji popisován nikoli jako stav, ale jako neustále se vyvíjející proces. V literatuře se obvykle cituje čtyřfázový model C. Maslachové:

1. fáze – nadšení, v popředí jsou ideály, zaujetí a dochází postupně k přetěžování
2. fáze – fyzické i psychické vyčerpání
3. fáze – odcizení, dehumanizované vnímání sociálního okolí, obranné postoje
4. fáze – vyčerpání, negativismus, lhostejnost¹⁰

Příznaky zátěže a stresu popisované již výše v této práci doplňuje u syndromu vyhoření emocionální vyčerpání, psychická únava, ztráta motivace k čemukoliv, depresivní nálady, útlum empatie, ironie až agresivní chování a jednání, pocity bezmoci a sebelítosti. Doplňují to fyzické potíže ve smyslu bolestí na hrudníku, poruchy srdečního rytmu a mnohé již výše zmíněné. Může docházet k nárůstu interpersonálních konfliktů, negativnímu postoji a omezení kontaktu s okolím, zhoršení kvality i kvantity práce.

Léčba spočívá především v péči o sebe. Základem jsou tři pilíře a to relaxační cvičení, psychoterapie – logoterapie a podpůrná medikamentózní léčba. Využití jednotlivých metod je třeba individualizovat, je nutné celý léčebný program vypracovat ve spolupráci s postiženým.¹¹

Prevencí syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce, jak je uváděno autorkou Bartošíkovou bývá nalezení smysluplné pracovní činnosti, získání profesionální autonomie a vytvoření přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám.¹²

¹⁰Bartošíková, *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, s.29

¹¹Švingalová, *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*, s.59

¹²Bartošíková, *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, s.42

2 SUPERVIZE

V uplynulých dvaceti letech došlo k ohromnému nárůstu využívání poradenství a psychoterapeutických přístupů v mnoha pomáhajících profesích v západních zemích jako je Velká Británie, v USA je supervize rozšířená a často používána již mnohem déle.¹³ V České republice je to zatím pomalu rostoucí, ale snad již pevně zakořeněný druh pomoci, na kterém je potřeba intenzivně pracovat a prosazovat jej ve vlastním zájmu do kvalitní péče o zdravotnické pracovníky. Dle autorky Bartošikové ze současného stavu poznatků o vyhoření a z vyhodnocení současné situace ve zdravotnictví se jeví více než důležité věnovat více pozornosti „lidským zdrojům“.¹⁴ Supervize je dle mého názoru jednou z možností.

2.1 Definice supervize

Pojem supervize pochází z anglického slova *supervizion* = dohled, dozor, kontrola, řízení, inspekce. V tomto původním významu je pojem v ČR využíván ojediněle. Daleko častěji je pojem v současné době používán v psychoterapii a odtud postupně proniká do dalších pomáhajících profesí.¹⁵

V odborných literaturách existuje více další definicí.

Hess (1980, s. 25 In Hawkins a Shohet 2004) definují supervizi jako „čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem“.

¹³ Hawkins & Shohet, *Supervize v pomáhajících profesích*, s. 18.

¹⁴ Bartošiková, *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, s. 66

¹⁵ Kopřiva, *Lidský vztah jako součást profese*, s. 136.

V další z velmi užívaných definic od Loganbilla a kol. (1982) je supervize označována jako: „intenzivní, mezilidsky zaměřený individuální vztah, v němž je úkolem jedné z osob usnadňovat rozvoj terapeutické kompetence druhé osoby“.

Britská poradenská asociace ve svém prvním dokumentu o supervizi (1987, s. 2) uvádí, že „prvořadým smyslem supervize je ochrana nejlepších zájmů klienta“.¹⁶

Mgr. Špirudová, která se touto problematikou na UP FZV zabývá již delší čas, vytvořila z předchozích již zmíněných definic verzi, která by se dala aplikovat pro obor ošetrovatelství a to v tomto znění: „Supervize v ošetrovatelství je poradenská metoda i proces vedoucí k reflexi vlastního profesionálního jednání sester a to skrze intenzivní, mezilidsky zaměřený individuální (či skupinový) vztah, v němž je úkolem supervizora usnadňovat rozvoj kompetence sestrám/ošetrovatelům. Prvořadým smyslem supervize je ochrana nejlepších zájmů klienta (např. pacienta, jeho blízkých, jeho komunity, ale i např. jiných poskytovatelů péče či studentů).“¹⁷

2.2 Historie supervize

Byly prvopočátkem supervize kontrolně laděné rozhovory agentů placených Charity Organisation Society v Bostonu nebo spíše vzdělávací a podpůrné rozhovory při zaučování prvních účastníků kurzů sociální práce v praxi koncem 19. století? O tom jsou zatím mezi autory vedeny spory. Předobrazem podpory a vedení jsou také prastaré rozhovory mezi učiteli a žáky, kdy se pomocí otázek odhalovaly nevyjádřené názory žáků, což mělo vést k větší svobodě ducha.¹⁸

Havrdová a Hajný (2006) se domnívají, že jedním z impulzů pro vznik fenoménu supervize byla inspirující zkušenost dialogu v situaci společného hledání a učení.

O supervizi ve zdravotnictví můžeme dle Havrdové (2006) hovořit již od roku 1902, kdy se jednalo o supervizi porodních asistentek ve Velké Británii. Ta zde byla

¹⁶Hawkins & Shohet, *Supervize v pomáhajících profesích*, s. 18.

¹⁷Špirudová, *Mohla by supervize sloužit i sestrám v ČR?*

¹⁸Havrdová & Hajný, *Praktická supervize*, s. 18

vázána především na propojení porodnické praxe a splnění administrativních, právních a organizačních předpisů. Supervizor přejímal odpovědnost za to, že porodní asistentka ve své praxi dodržuje všechna platná nařízení.

V ČR byla supervize od 50. let součástí vzdělávání adeptů psychoanalýzy. V roce 1967 vzniká vzdělávací systém SUR, kde provádí supervizi ve výcvikových skupinách a supervizi výcvikového týmu vedoucích komunit. Asociace manželských a rodinných poradců zařazuje na počátku 90.let vzdělání poradců v supervizi, v druhé polovině 90.let vzniká potřeba supervize pracovníků z oblasti sociální a zdravotní péče, i když v té době je supervize míněna spíše jako odborný dohled. V roce 1997 zařazuje Česká psychoterapeutická společnost požadavek supervize do systému akreditace komplexních vzdělávacích programů pro psychoterapii ve zdravotnictví.¹⁹

V Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů uspořádali během let 2005 a 2006 několik kurzů o supervizi se zamyšlením nad otázkou uplatnění supervize ve zdravotnictví.

Od roku 2001 Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy otevřela navazující magisterský obor Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Pod hlavičkou této fakulty a Českého institutu pro supervizi se u nás supervizoři školí.

2.3 Supervize v pomáhajících profesích

Supervize představuje důležitou oblast profesního růstu. Původně byla běžnou součástí poradenství, psychoterapie a sociální práce. V posledních letech je stále více žádána i v dalších oblastech práce s lidmi – v pomáhajících profesích, medicíně, školství, výchově a dalších. U těchto profesí nacházíme určitá specifika, k nimž neodmyslitelně patří nároky nejen na odborné, ale i na osobnostní kompetence pracovníků. V koncepci integrativní supervize Českého institutu pro supervizi však supervizi rozumíme bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost. Supervizor má být průvodce, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině vnímat a

¹⁹Šimek, *Historie supervize v ČR*, s.1

uvědomovat si vztahy a souvislosti, nacházet nová řešení problematických situací. Supervize může být zaměřená na prohloubení prožívání, lepší porozumění dané situaci, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování. Současně může být supervize také modelem učení. Supervize umožňuje pracovníkům uvažovat nad kvalitou jejich práce, zvyšuje jejich schopnost reflexe uvědomované vnímání vlastní práce a sebereflexe. Cílem supervize tak bývá vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, rozvoj profesionálních a osobnostních kompetencí jednotlivých pracovníků a odborných týmů, prevence profesního vyhoření.

2.4 Funkce supervize

Supervize má nejen mnoho různých podob a forem, ale také mnoho různých pojetí. Všeobecně označované jsou její 3 základní funkce a to **vzdělávací, podpůrná a řídicí**. Tyto funkce se navzájem prolínají, doplňují, většinou je nelze přesně oddělit.

Vzdělávací funkce – se zaměřuje především na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, supervize může informovat a vzdělávat v nových přístupech a metodách práce.²⁰ V této rovině je supervize celoživotní formou učení, což je mimochodem také jednou z možností sester na formu zákonem daného celoživotního vzdělávání v naší profesi.

Podpůrná funkce – je zaměřená na pracovníka, poskytuje prostor k prozkoumání a vyjádření osobních trápení, které daná práce přináší, dodává prostor k získání zpětné vazby, k získání uznání a opory.

Řídicí funkce – plní při práci s lidmi roli kontroly kvality, sleduje a hodnotí kvalitu práce, sleduje dodržování náplní práce a stanovených cílů. Bohužel u mnohých může tento dohled vyvolávat negativní pocity ve smyslu, že je pozorován a kontrolován neprávem.

²⁰Jičínská, *Supervize jako celoživotní forma učení a zdroj profesionálního růstu sestry*, s.69

2.5 Druhy a formy supervize

V současné době uvádí řada autorů různé druhy a formy supervize.

- Podle počtu supervidovaných a způsobu provádění práce na **individuální** a **skupinovou** supervizi
- Podle pozice supervizora vůči organizaci může být supervize **interní** (organizací k tomuto určený pracovník) nebo **externí** (supervizor má oprávnění poskytovat supervizi a není pracovníkem organizace)
- Podle času se supervize dá dělit také na **pravidelnou, příležitostní a krizovou** supervizi

Mezi další pojmy v supervizi řadíme:

Co-consultancy – je vzájemné konzultování dvou kolegů s podobným rozsahem zkušeností, umožňuje získat nadhled a zvážit alternativní možnosti v práci.

Intervize – je supervizní setkání skupiny bez supervizora, kdy jde o podobně funkčně postavené pracovníky sdílející odpovědnost za pracovní činnost.

Autovize (auto supervize) – je proces sebereflexe pracovníka, který sám sobě klade otázky a hledá na ně odpovědi. Všímá si svých postupů, pocitů a reakcí při práci a ty následně vyhodnocuje.²¹

Coaching – je zaměřen většinou na jednotlivce, často na vedoucí pracovníky a osoby odpovědné za vedení projektu.

Organizační poradenství – podporuje jednotlivé týmy či skupiny v organizaci, zaměřuje se na zlepšení komunikace a kooperace práce v tomto úseku. Vyjasňuje kompetence, úkoly a zájmy, mobilizuje pracovníky a zapojuje je do řízení.²²

Rozdílům v těchto pojmech bylo věnováno v odborné literatuře dosti pozornosti, jejich jednotné vymezení přesto není zcela jasné, v mnohém se dle autorky Havrdové překrývají.

²¹Jičínská, *Supervize jako celoživotní forma učení a zdroj profesionálního růstu sestry*, s. 71

²²Havrdová & Hajný, *Praktická supervize*, s. 46

Klasifikace dle Havrdové a Hajného (2008, s. 47)

FAKTOR URČUJÍCÍ DRUH SUPERVIZE	
KDO supervizi provádí – <i>faktor authority</i>	externí - interní
S KÝM je supervize prováděna – <i>faktor role, kompetencí a vztahů</i>	individuální - skupinová - týmová
O ČEM supervize je – <i>faktor zaměření</i>	případová - poradenská- programová
JAK je supervize prováděna – <i>faktor přístupu</i>	administrativní – výuková- podpůrná
KDY je supervize prováděna – <i>faktor časový</i>	pravidelná – příležitostná - krizová
<i>Vždy je důležité, zda supervize plní univerzální cíl: udržet nebo zlepšit kvalitu práce v profesi, která využívá reflexi sebe sama.</i>	

2.6 Účel supervize, kontrakt o supervizi

Supervize zaměřená na organizaci má za účel určit meze, strukturu a fungování organizace a vyladit pravidla řízení tak, aby poskytla pracovníkům jistotu ohledně jejich pracovní role. Zaměřuje se také na kulturu a atmosféru organizace, na celkové klima vztahů a vzájemné podpory mezi pracovníky a managementem.

Supervize zaměřená na zaměstnance se snaží udržet patřičnou úroveň motivace personálu a naplnění potřeb ve vztahu k práci. K tomuto účelu využívá individuální supervizní setkání nebo supervizi celého pracovního týmu. Vhodná je také supervize u nově nastupujících členů týmu, dále při zavádění nových postupů, změnách v zaměření práce či k celkové stabilizaci personální situace.

Účelem *supervize zaměřené na případ* je snaha hledat co nejlepší postup, metodiku či řešení konkrétních případů, které jsou již nějakým způsobem rozpracované a supervize pomáhá najít vhodné a efektivní varianty dalších intervencí.

V rámci týmu je řešení problémů s konkrétním klientem velmi časté a pomocí supervize může být také velmi produktivní.²³

Každá supervize má jistá pravidla, která jsou předem stanovena v **kontraktu**, což je určitá forma smlouvy, která je výsledkem hledání, tázání a vyjednávání supervizora a zadavatele supervize. Velký význam to má zejména pokud uzavírá supervizor kontrakt s novou organizací, která doposud supervize neměla. Supervizor klade otázky zadavateli supervize i zaměstnancům a pomáhá tak tvořit vhodné podmínky pro supervizi.²⁴

Uzavřený kontrakt je pracovním nástrojem, který se vyvíjí společně s postupující supervizí, může měnit formy i zaměření pro zdárné postupy v supervizi. Smyslem je pak průhledně vymezit, co očekávají všechny zúčastněné strany od supervizního procesu. Je také důležité vymezit a ujasnit následující prvky:

- Kdo je zadavatelem supervize
- Kdo je supervizantem
- Kdo je supervizorem
- Jaký je účel supervize

Dále kontrakt obsahuje:

- podmínky poskytování supervize (frekvence, délka sezení, kdy a kde se sezení uskuteční...)
- odpovědnost supervizora (zač je supervizor sám zodpovědný)
- odpovědnost supervizantů (otevřenost, pravdivost, aktivní příprava témat k řešení, respekt sebe sama i druhých...)
- kdo a jak bude o supervizi informován (supervizant má právo veta ohledně informací, které si nepřeje sdělovat nikomu mimo supervizi)
- kritéria úspěchu supervize (stanovení indikátorů a způsob jejich hodnocení)
- časový plán, plán přípravy (na rok či na určitý počet sezení, zkušební období a jiné)²⁵

²³Havrdová & Hajný, *Praktická supervize*, s. 54-56

²⁴Havrdová & Hajný, *Praktická supervize*, s. 65

²⁵Havrdová & Hajný, *Praktická supervize*, s.71-72

2.7 Etické zásady supervize

Jelikož se supervize často velmi osobně dotýká citlivých témat a oblastí ať už jednotlivců nebo týmů, je potřeba dodržovat jistá pravidla. Etické zásady podle Evropské Asociace Supervize a jejich aplikace do českých podmínek skrze Český institut pro supervizi mají velmi přesně stanovené body a pravidla, jejímž hlavním cílem je zkvalitnění práce a ochrana supervidovaných a jejich klientů. Celé znění Etických zásad Evropské asociace supervize a specifikace pro Český institut pro supervizi uvádím v příloze č. 2.

V případě pomáhající profese ve zdravotnictví by bylo jistě potřeba daná pravidla v určitých oblastech více specifikovat a přizpůsobit potřebám zdravotnictví a to jednak ve smyslu ochrany supervidovaných pracovníků a následně také jejich pacientů, o kterých se v supervizi bude hovořit.

2.8 Klinická supervize ve zdravotnictví

V českém zdravotnickém prostředí není doposud dle autorky Havrdové pojem supervize zažit, a tak velké rozvojové možnosti, které supervize nabízí, jsou velmi málo využívány.²⁶

Naše mysl může z neznalosti vidět v supervizi hlavně nástroj kontroly a zjišťování nedostatků. Pak bývá pohled a postoj zdravotníků k supervizím spíše záporný. Osobu supervizora mnoho ze sester z následujícího výzkumného šetření spojuje s profesí psychologa, který ale nerozumí konkrétním sesterským problémům a postupům a tím pádem také nebude schopen je adekvátně řešit. Supervizor může supervidovat pouze to, co pracovník do supervize přináší. Proto je důležité naučit pracovníky se supervizí zacházet tak, aby jim poskytovala co největší užitek.

²⁶Havrdová & Hajný, *Praktická supervize*, s. 179

EMPIRICKÁ ČÁST

3. CÍLE PRÁCE

V teoretické části jsme v souhrnu pohlédli na problematiku *problémů sester*, stresu a syndromu vyhoření, volně jsme navázali na *supervizi* a podrobnější vysvětlení jejích funkcí, druhů a forem, účelu a etických zásad. Cílem bakalářské práce bylo zjistit jednak jak je znám pojem supervize u dotazovaného vzorku pracovníků ve zdravotnictví, seznámit respondenty se supervizí a dále zjistit jejich názor na cíleně kladené dotazy ohledně námi zkoumaných informací týkajících se supervize z pohledu ošetrovatelských pracovníků. Anketní otázky 1 – 4 jdou vlastně dílčími cíly, které jsme chtěli zjistit a zmapovat:

1. Kdo by byl vhodnou osobou supervizora?
2. Jaké problémy by sestry do supervize přinášely?
3. Proč by sestry mohly supervizi odmítat?
4. Mělo by být absolvování supervizí zahrnuto do systému celoživotního vzdělávání a kreditně ohodnoceno?

4. METODIKA PRÁCE

4.1 Volba výzkumného nástroje a jeho koncipování

Pro účel tohoto průzkumného šetření bylo zvoleno kombinované, kvalitativně kvantitativní šetření pomocí anketní dotazníkové metody s otevřenými otázkami, které nenabízelo možnosti volby odpovědi, ale chtěli jsme, aby respondenti odpovědi tvořili sami. Anketní šetření zajišťovalo respondentům anonymitu, bylo získáno relativně velké množství informací během krátkého časového úseku.

Kvantitativní data jsou zpracovány statistickými metodami, kvalitativní data jsou dále analyzována a citlivě rozdělena podle opakovaného výskytu stejných či podobných odpovědí. Výpovědi respondentů jsme zpracovali technikou vytváření trsů.

První, kvalitativní část zkoumá tedy názory respondentů, druhá část pak sloužila ke kvantitativnímu zhodnocení a popisu vzorku respondentů, zjišťovala pracovní pozice, druh a délku praxe respondentů.

V závěru anketního šetření měli respondenti možnost dopsat osobní zkušenost se supervizí, případně další podněty k supervizi, které považují za důležité. Této možnosti využilo jen malé procento respondentů (5 respondentů).

Pro zajištění validity anketního šetření v oblasti ošetrovatelské supervize, byl návrh konzultován s vedoucí práce.

4.2 Kriteria pro výběr vzorku respondentů

Pro studii jsme volili respondenty z oboru zdravotních sester, podmínkou byl aktivní výkon sesterské profese, nelimitovali jsme délku praxe, stupeň dosaženého vzdělání, typ pracovních úvazků ani typ pracoviště. Důležitý byl zájem respondenta spolupracovat a odpovědět na předložené otázky, podělit se o osobní zkušenost či názor.

4.3 Pilotní studie

V začátcích průzkumu jsem rozhovory s kolegyněmi zjišťovala povědomí respondentů o supervizi (prosinec 2009 – leden 2010) a zda jsou otázky anketního šetření dostatečně srozumitelné. Téměř vždy jsem musela podat dovysvětlení k pojmu supervize. Proto jsme na úvod zařadili jednodušší vysvětlení pojmu supervize. Tyto dotazníky již byly chápány a přijímány lépe (znění ankety včetně úvodního slova k supervizi – viz příloha č. 1).

4.4 Plán šetření v terénu, souhlas organizace

Výzkumné šetření pro tuto bakalářskou práci bylo zahájeno za povolení hlavní sestry Mgr. Hany Zrníkové a bylo uskutečňováno na standartních odděleních (chirurgie, ORL, rehabilitace), oddělení JIP, OCHRIP a ARO Vojenské nemocnice Olomouc.

Sběr dat probíhal od prosince 2009 do března 2010. V tomto časovém úseku jsem rozdala na výše jmenovaných odděleních 40 dotazníků, z toho se vrátilo 34, tj. 85% návratnost.

Před zahájením rozdávání vlastních anketních dotazníků jsem s převážnou částí respondentů hovořila osobně, objasnila jsem případné dotazy z jejich strany týkající se pojmu supervize a účelu tohoto šetření. Dotazníky jsem ponechala respondentům zhruba 2 týdny, poté jsem je zpět vysbírala nebo mi byly doručeny přímo na pracoviště.

Pro rozšíření vzorku respondentů jsem poprosila o spolupráci také kolegyně ze čtvrtého, třetího a druhého ročníku FZV UP Olomouc, obor ošetřovatelství a všeobecná sestra kombinované formy studia prostřednictvím jejich společného emailu, ale touto cestou jsem se oproti mému očekávání dočkala pouze relativně mála odpovědí (konkrétně odepsalo a odeslalo zpět vyplněný dotazník 19 kolegyně).

5. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této části bakalářské práce se budeme věnovat interpretaci výsledků anketního šetření. První podkapitolu tvoří charakteristika zkoumaného vzorku rozepsaná do tabulek a grafů, v dalších podkapitolách budou rozepsány jednotlivé cíle se zjištěnými výsledky, které budou pro větší přehlednost uspořádány do tabulek s následnými komentáři.

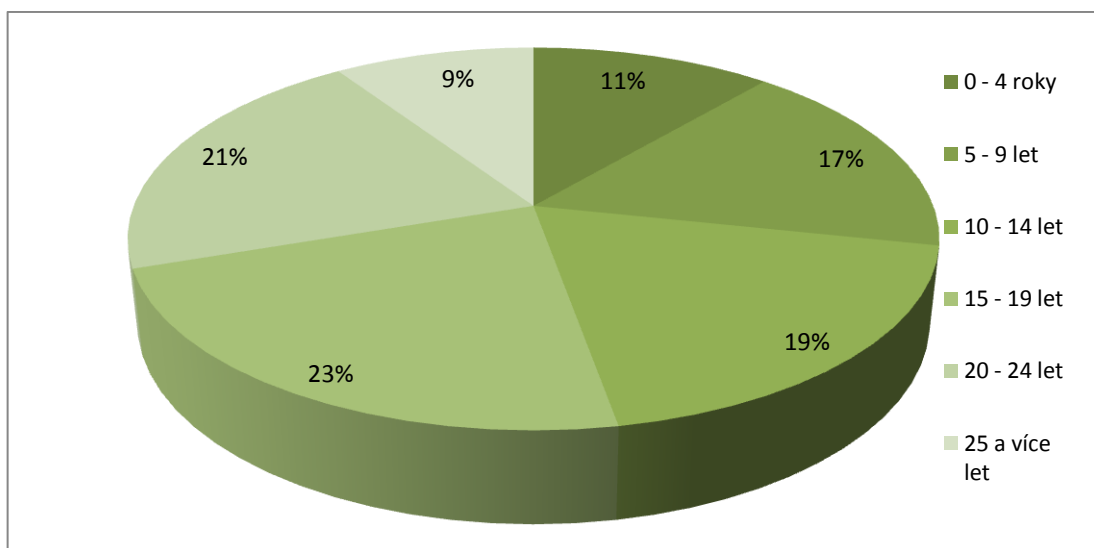
5.1 Charakteristika vzorku respondentů

Soubor respondentů tvoří ženy – zdravotní sestry, v tabulce č. 1 uvádíme dobu praxe respondentů v letech. Následující data jsou uspořádána jak do tabulek, tak statisticky pro procentuální přehlednost i do grafů.

Tabulka č. 1 **Léta praxe**

LÉTA PRAXE	Počet sester	v %
0 – 4 roky	6	11%
5 – 9 let	9	17%
10 – 14 let	10	19%
15 – 19 let	12	23%
20 – 24 let	11	21%
25 a více let	5	9%
Celkem	53	100%

Graf č. 1 **Léta praxe**

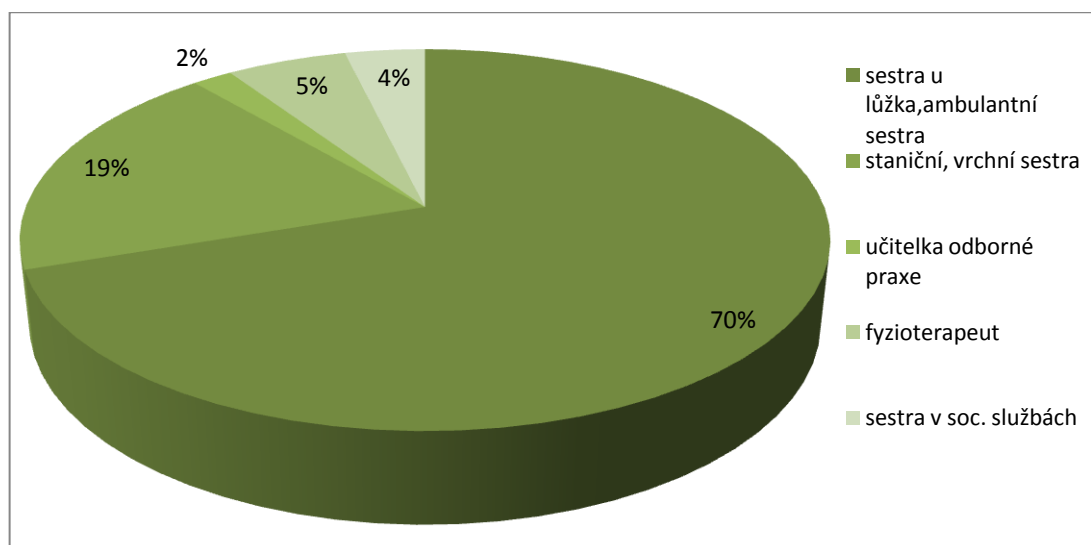


Pracovní pozice respondentů byly různorodé, od všeobecných sester u lůžka přes sestry s různou specializací, sestry z ambulantních provozů, staniční, vrchní sestry, sestry v sociálních službách a také sestra – učitelka odborné praxe.

Tabulka č. 2 **Pracovní pozice**

Pracovní pozice	Počet sester	v %
Sestra u lůžka, ambulantní sestra	37	70%
Staniční, vrchní sestra	10	19%
Učitelka odborné praxe	1	2%
Fyzioterapeut	3	5%
Sestra v sociálních službách	2	4%
Celkem	53	100%

Graf č. 3 **Pracovní pozice**



Obory zúčastněných respondentů, kde současně pracují, jsou taktéž velmi různorodě rozvrstveny na všechna možná odvětví: oddělení ARO, JIP různých oborů, OCHRIP, oddělení neonatologie, dialýzy, ORL, chirurgie, kardiologie, anestezie, rehabilitace, interní oddělení, ambulance dětského lékaře, domov důchodců, agentura domácí péče, RZP, učitelství odborné ošetrovatelské praxe.

5.2 Cíl 1

Cílem první otázky bylo zjistit, kdo by byl podle dotázaných vhodnou osobou pro supervizi v ošetrovatelství. Respondenti vyjadřovali často dvě i více vlastností a požadavků na ideálního supervizora, které jsou shrnuty v následující tabulce (č. 3) i s počtem četnosti výskytu daných vlastností.

Kdo by pro vás, podle vaší představy, byl důvěryhodnou osobou supervizora v ošetrovatelství, k němuž byste ráda chodila?

Tabulka č. 3 **Požadavky na supervizora**

POŽADAVKY NA SUPERVIZORA	
Externí-nezávislý odborník	10
Vysokoškolské vzdělání v oboru	3
Psycholog-psychoterapeut	18
Manažer	6
Zkušený člověk (sestra) z oboru	15
Důvěryhodný	11
Empatický	2
Nadřízený (vedoucí pracovník)	8
Psychologické vzdělání	7
Pedagogické vzdělání	2
Ošetrovatelské (zdravotnické) vzdělání	3
Zdravotně-právní vzdělání	7
Kolegyně - kamarádka	4
Muž	1
Nevím	1

Podle respondentů by měl být supervizor důvěryhodný externí odborník se vzděláním psychologicko – právně – zdravotnickým, zkušeným v sesterském povolání. Pokud by si některé respondentky vybíraly ze sobě bližších řad, mohla by to podle nich být

kolegyně – kamarádka. Dvě respondentky upřednostňovaly empatii a také pedagogické vzdělání, přímo zdravotnické (ošetřovatelské) vzdělání požadovaly 3 dotazované. Trochu mě překvapilo, že část respondentů volila svého nadřízeného (hlavní, vrchní, staniční sestru či manažera), jedna z respondentek uvedla jako základní podmínku, aby to byl muž.

5.3 Cíl 2

Dalším cílem bylo zjistit, jaké problémy by sestry do supervize přinášely. Dále byly tyto problémy rozčleněny do supervize na individuální (tabulka č. 4), skupinové na pracovišti s pracovním týmem (tabulka č. 5) a skupinové mimo pracoviště ve formě kurzů či seminářů (tabulka č. 6).

Jaké problémy by podle vaší zkušenosti sestry do supervize přinášely?

Tabulka č. 4 **Individuální supervize**

INDIVIDUÁLNÍ SUPERVIZE	
Perspektiva uplatnění	3
Osobní problémy	12
Interpersonální problémy	18
Osobní zkušenosti a problémy s pacienty	17
Syndrom vyhoření, únavový syndrom	4
Konfrontace se smrtí, bolestí, zoufalstvím	6
Neznalost kompetencí	3
Zvládání stresu	8
Vzdělávání sester	3
Motivace personálu	4
Nárůst práce, úkolů	5
Nedůvěra k nadřízeným	3
Práce vs. rodina	3
Nevím	5

Nejčastěji řešeným tématem k individuální supervizi podle respondentů tohoto šetření by se staly interpersonální problémy, hned po nich by kolegyně řešily problémy a zkušenosti týkající se pacientů, konkrétně třeba na pracovištích typu OCHRIP to byly „alergie“ na určitého klienta, neúnosnost delšího setrvání u jednoho typu pacientů s návrhem pravidelného střídání typu oddělení a tím i skladby klientů. Často se objevující osobní problémy byly konkretizovány v několika případech taktéž vlastním pocitem selhávání v komunikaci s klienty a prolínáním osobních problémů do péče o problémové pacienty, kdy sestřám takzvaně „rupnou nervy“. Několik respondentů by mělo potřebu hovořit o zvládání stresu, syndromu vyhoření a únavovém syndromu, dále také o negativních emocích, které jim povolání přináší. V menší míře se objevily položky týkající se nárůstu práce, motivace k práci a vzdělávání sester. Jistě vážným problémem je také řešení perspektivy uplatnění, nedůvěra k nadřízeným či konflikty vznikající ve spojení práce versus rodina.

Tabulka č. 5 **Skupinová supervize na pracovišti**

SKUPINOVÁ SUPERVIZE NA PRACOVIŠTI	
Organizace práce	2
Interpersonální vztahy	28
Nejednotnost pracovních postupů, standardů	14
Komunikace, vztahy sestra-lékař	14
Komunikace, vztahy sestra-pacient	9
Spolupráce různých oddělení	6
Vzdělávání sester	2
Odměňování, motivace	2
Pocity kontroly, nedůvěry	2
Rozebírání problémových kazuistik	1
Stresové a jinak emočně vyhocené situace	2
Nevím	3

V tématech pro skupinovou supervizi taktéž dominují interpersonální problémy a neshody, které se často navzájem prolínají s nejednotností pracovních postupů. Klíčová a základní pro úspěšné pracovní a léčebné postupy je také komunikace sester a lékařů, část respondentů uvádí jako velký problém právě neschopnost těchto dvou skupin kvalitně komunikovat a spolupracovat. Podle několika respondentek má spousta sester zkušenost s pocity podřadnosti, stále přetrvává nadřazenost lékařů, kteří neberou sestry za rovnocenné partnery. K tématům supervize proto řadí potřebu skupinové supervize lékařů a sester daného pracoviště dohromady.

Důležitým tématem ke skupinovým supervizím je podle respondentů také správná komunikace mezi sestrou a pacientem.

Z jednoho nejmenovaného pracoviště téměř všechny výstupy poukazovaly mimo jiné na problémovou komunikaci s jinými pracovišti, což by byl rozhodně námět pro řešení na úrovni managementu daného zařízení se zástupci příslušných oddělení.

V menší míře pak jsou navrhována témata ke vzdělávání sester, organizaci práce, motivaci či opět řešení pocitů kontroly, nedůvěry a emočně vyhocených situací.

Tabulka č. 6 **Skupinová supervize mimo pracoviště**

SKUPINOVÁ SUPERVIZE MIMO PRACOVIŠTĚ	
Srovnávání pracovišť, postupů, dokumentace, standardů	13
Techniky relaxace	3
Nácvik zvládání těžkých situací	5
Novinky v ošetrovatelství	2
Pracovně právní problémy	7
Výměna zkušeností (všeobecně)	5
Práce vs. rodina	1
Konflikty s nadřízeným	3
Vzdělávání sester	3
Nevím	16

V tématech skupinových supervizí mimo pracoviště například na seminářích či jiných odborných kurzech by respondentky chtěly nejvíce porovnávat zkušenosti jednotlivých pracovišť v oblasti pracovních postupů, standardů, dokumentací a dalších.

Také nutnost čtenějších konzultací ohledně zvládnání stresových situací s praktickými nácviky, případně možnosti řešení konfliktů se svými nadřízenými, pracovně právní problematika a probírání nejasností ohledně vzdělávání sester byly určeny jako nejasné a problémové oblasti.

Různé formy stresu a pracovního přetížení, dále nejednotnost pracovních postupů a přístupů k pacientům i k práci by bylo jistě vhodné také řešit častějšími konzultacemi s nadřízenými či managementem organizace.

Mnohé z odpovědí mi objasnily, že velká část respondentů dosud neměla se supervizí zkušenost a pojem supervize jim byl doposud neznámý. K většině rozdaných dotazníků jsem svým kolegyním – respondentům podala i další objasnění a vysvětlení pojmu a účelu supervize, přesto jsem nabyla dojmu, že ne všechna témata správně pochopily.

5.4 Cíl 3

Cílem třetím bylo objasnit, proč by sestry mohly supervizi odmítat. Opět jsem různorodost odpovědí rozčlenila do následující tabulky (č. 7).

Z jakých důvodů se domníváte, že by sestry mohly supervizi (jako oborovou poradenskou a konzultační službu) odmítat?

Tabulka č. 7 **Důvody odmítání supervize**

DŮVODY ODMÍTÁNÍ SUPERVIZE	
Neochota otevírat vlastní soukromí a mysl	5
Stud z vlastního selhání	6
Zneužití mých informací	11
Nedůvěra v osobu supervizora	6
Pocit ohrožení ztrátou (finance, práce, pozice)	5
Neznalost supervize	7
Nedůvěra v supervizi	3
Nezájem o supervizi	5
Časové důvody	10
Nemám problém	1
Špatná dřívější zkušenost	1
Nevím	5

Největší počet odpovědí byly podle mého předpokladu obavy ze zneužití vyřčených informací. Navzájem se tyto obavy opět prolínaly a to nejčastěji se studem z vlastního selhání, nedůvěrou v osobu supervizora a neochotou otevírat svou mysl cizímu člověku. Pětina respondentů uvedla také časové důvody, myšleno tak, že ze svého volného času už nemíní obětovat další hodiny svému povolání na úkor rodiny a soukromí. Některé respondentky vyjádřily v tomto bodu nutnost, aby byly supervize započítány do pracovní doby, což by vyřešilo neochotu obětovat volný čas respondentů.

Podle dalších názorů respondentů by supervize mohla také ztroskotat na neznalosti, nezájmu či nedůvěře v supervizi. Proto znovu apelují na nutnost zavést pojem supervize v ošetrovatelství do širšího povědomí zdravotnických pracovníků.

5.5 Cíl 4

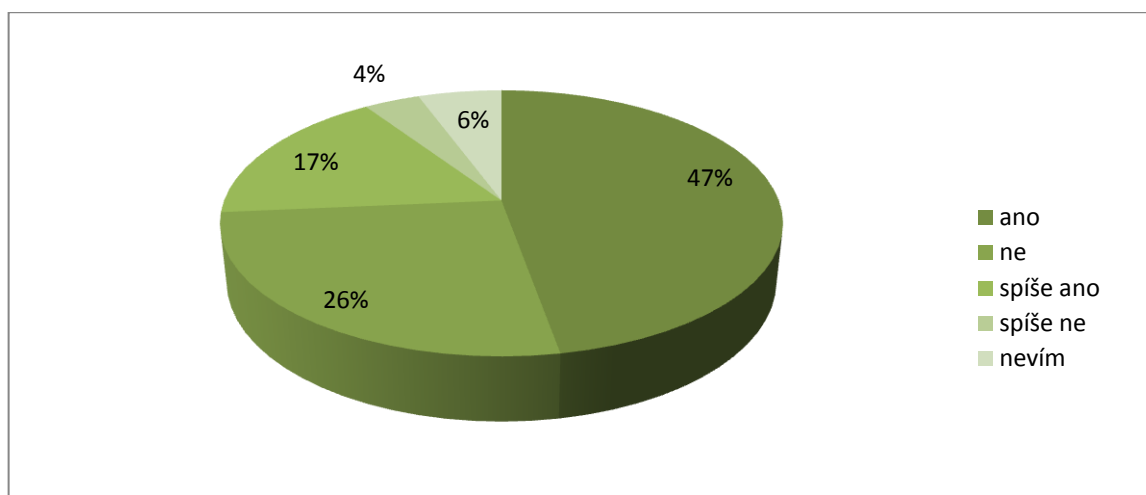
Cílem otázky čtvrté bylo zjistit názor respondentů na zavedení supervizí do systému celoživotního vzdělávání sester a případného kreditního ohodnocení po absolvování supervizí. Respondenti mohli také dopsat návrh, jakým způsobem by mohla supervize v celoživotním vzdělávání figurovat.

Protože supervize má složku vzdělávací a protože je primárně orientovaná na osobní profesní rozvoj lidí, domníváte se, že by měla být možnost absolvování supervizí zahrnuta do systému celoživotního vzdělávání sester a kreditně ohodnocena?

Tabulka č. 8 **Supervize v systému celoživotního vzdělávání**

SUPERVIZE V SYSTÉMU CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	
Ano	25
Ne	14
Nevím, ale spíše ano	9
Nevím, ale spíše ne	2
Neumím se vůbec rozhodnout	3

Graf č. 3 **Supervize v systému celoživotního vzdělávání**



Téměř polovina respondentů (47%) by se zařazením supervizí jako možné formy celoživotního vzdělávání s následným kreditním ohodnocením souhlasila.

Většina negativních názorů (26%) byla konkretizována tím, že je supervize a supervizor jen další zbytečnou a uměle vytvořenou funkcí, která hraničí s donášením a nemá ve zdravotnictví co dělat. Tyto názory bych přikládala velké nezkušenosti a neznalosti respondenta, proto mě překvapilo, že konkrétně tyto respondentky většinou pracují ve zdravotnictví 19 a více let.

Dalším názorem pak bylo, že o tyto funkce a služby nebude ve zdravotnictví zájem. Jedna kolegyně přímo napsala, že se doposud nesešla se skupinovou supervizí, která by jí něco dala, dobrou zkušenost má pouze s individuálním supervizním sezením.

V návrzích, jakým způsobem by se mohly sestry se supervizí seznámit a dále se vzdělávat, byl požadavek na navýšení přednášek o supervizi, jak jsem již uvedla, většina respondentů se se supervizí setkala poprvé právě prostřednictvím tohoto anketního šetření.

Ve způsobech dalšího vzdělávání a kreditního ohodnocení byly uvedeny možnosti absolvování kurzů, školicích akcí, elearningového vzdělávání, seminářů s nácvikem problémových situací a jejich zvládnání s odpovídajícím kreditním ohodnocením jako u jiných kreditně hodnocených akcích.

V souvislosti s celoživotním vzděláváním se v odpovědích objevovala také poznámka o potřebě snížit finanční nároky a ceny, které za vzdělávání sestry platí.

6. DISKUZE

V této kapitole bychom chtěli shrnout výsledky, které jsme během průzkumného šetření zjistili, a případně je porovnat s výsledky jiných autorů zabývajících se tímto tématem.

Jednou z možností pro osobní i profesní rozvoj sestry by mohla být supervize, která je podle našich zjištění v klinické ošetrovatelské praxi nedostatečně rozšířená. Předvýzkum pro toto anketní šetření ukázal, že převážná část dotázaných sester pojem supervize nezná nebo jen velmi povrchně.

Také dostupná odborná literatura se zabývá supervizí buď v obecné rovině pomáhajících profesí – např. Hawkins a Shohet – nebo je zaměřena na supervizi v oblasti školství, sociální práce, psychologii, psychiatrii a dalších, ovšem samostatná specifikace pro obor ošetrovatelství chybí. Pouze několik kapitol, článků či přednášek – viz. autorka Havrdová či autorka Špirudová – dávají možnost nahlédnout do podrobnějších problémů supervize ve zdravotnictví či ošetrovatelství. K přímému srovnávání zjištěných poznatků jsem nenašla bohužel žádnou literaturu.

Cílem prvním bylo zjistit, jak by si sestry ideálního supervizora představovaly. Všeobecně lze říci, že vlastnosti uváděné v anketním šetření se shodují s mými vlastními představami, supervizor by měl být důvěryhodnou, empatickou osobou s velkými zkušenostmi v oboru a případně psychologickým vzděláním. Také externího odborníka bych uvítala raději než pracovníka ze stejného zařízení, kde pracuji. Trochu mě překvapilo, že několik respondentů by upřednostnilo svého nadřízeného. Já sama jsem supervizi zatím neměla možnost absolvovat, ale jistou formou supervize je pro mě jedna má kolegyně, se kterou mohu konzultovat pracovní i jiné problémy. Je to sice osoba z organizace, ale zde hraje velkou roli důvěra, kterou k této osobě mám. Možná mají takovou důvěru ve své nadřízené i respondentky, které uvádí jako vhodnou supervizorku svou nadřízenou.

Za určitou formu supervize lze podle autorky Bartošikové považovat také vedení nástupní praxe sester, kdy po určitou dobu pracují pod vedením = supervizi zkušenější kolegyně²⁷.

L. Špirudová k tomuto uvádí: „U některé z pomáhajících profesí se může jednat o „supervizi“, ale v ošetrovatelství se toto spíše nazývá pojmem „mentoring“ – je to o podpoře začínajícího pracovníka zkušeným kolegou přímo v provozu na pracovišti. Obdobně je užíván také pojem „preceptoring“. „Koučování“ je zase zaměřeno na podporu a rozvoj osobní kreativity a úspěšnosti prosadit se... - zejména u manažerů. Toto vše je soubor „moderních služeb“, se kterými se bude muset také obor ošetrovatelství vypořádat, aby nedocházelo k jejich nežádoucímu praktikování díky nepřipravenosti a neznalosti sester i oboru.“²⁸

V druhé otázce a cíli zároveň jsme hledali odpověď na to, jaké problémy by si sestry do supervize přinášely. Polovina námětů na témata se shodovala se zjištěními L. Špirudové z prosince 2009²⁹, kdy měli možnost účastníci workshopu zaměřeného na klinickou ošetrovatelskou supervizi také uvádět náměty ke klinické supervizi. Byly to například problémy týkající se ztráty perspektivy zaměstnání, interpersonální problémy, konflikty a problémy s pacienty či osobní problémy.

Mnoho respondentů v této otázce upřednostnilo pracovní a interpersonální konflikty před problémy s pacienty, z čehož usuzují velké napětí mezi pracovníky na mnoha pracovištích, ze kterých respondenti pocházejí.

Také návrhy vzájemného porovnávání poznatků a zkušeností z různých pracovišť v rámci témat pro skupinové supervize ukazuje na možnosti rozšíření těchto poradenských konzultací na odborných seminářích a konferencích.

Často zmiňovaná potřeba o nácvik zvládání stresu byla dle autorky Bartošikové například v nemocnici v Liberci vyřešena programem na zvládání stresu pro sestry. Ve FN v Hradci Králové se již řadu let věnují výzkumu syndromu vyhoření a jeho

²⁷Bartošiková, *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, s. 61

²⁸Špirudová, *Klinická supervize v ošetrovatelství – mají sestry o čem diskutovat?*

²⁹Špirudová, *Mohla by supervize sloužit i sestrám v ČR?*

mapování u zaměstnanců a získané poznatky využívají ke konkrétním krokům k prevenci vyhoření.

K otázce a zároveň cíli č. 3 uváděli respondenti mezi důvody, proč odmítat supervizi, také nedůvěru v osobu supervizora. Bohužel mnoho sester vidí supervizora hlavně jako nadřízenou osobu či kontrolora, který má hodnotit úspěchy a neúspěchy v pracovním procesu supervidovaných a případně tyto informace šířit dál směrem k vedení. Je to mylný názor respondentů, ale také v odborné literatuře se o něm zmiňují autoři Trapková a Chvála³⁰, kteří navrhnou transformovat supervizora blíže termínu odborný poradce. Poradce totiž bývá zván nikoli ke kontrole, ale ke spolupráci. Odborníci nejsou stavěni hierarchicky jeden nad druhého, ale oba vedle sebe hledají cestu nad společnými tématy, což koresponduje s názory několika našich respondentů.

Řada respondentů nepovažovala supervizi vůbec za potřebnou. Ovšem Hawkins a Shohet uvádějí, že v některých profesích je supervize prakticky přehlížena a domnívají se, že nedostatek supervize může přispívat k pocitům opotřebenosti. V pomáhajících profesích, které vyžadují, aby toho pracovníci ze sebe tolik vydávali, se mohou tyto pocity objevovat velmi snadno a v krajním případě to může vést až ke vzniku syndromu vyhoření.³¹ Tento postoj zaujímá řada osob, která již se supervizí zkušenosti má a proto tito již dříve se supervizí seznámení ji dále podstupují, už znají podporu, kterou jim supervize přináší.

Také v dotazu sestry v sociálních službách paní Zdeňky a následné odpovědi sociální pracovnice paní Bednářové³² je vznesen dotaz na supervizi, ze kterého vyznívá neznalost supervize a snad i negativní postoj k ní jako k nařízené povinnosti absolvovat supervizní sezení. V odpovědi byla supervize popsána a charakterizována, nicméně tazatelce asi nepřinesla uspokojivou odpověď, protože z ní nevyplývala skutečnost, že se nejedná jen o novou formu kontroly.

³⁰Trapková a Chvála, *Naše zkušenosti se supervizí*, s. 63

³¹Hawkins a Shohet, *Supervize v pomáhajících profesích*, s. 33

³²Bednářová, *Supervize ano, či ne?*, s.14

Možná si mnoho z nás ani neuvědomuje, že i přes svůj zamítavý postoj k supervizi ji vlastně určitým způsobem podstupujeme, například formou konzultací s kolegyněmi v práci při řešení různých problémů týkajících se pacientů, kdy hledáme společně to nejlepší pro klienta i pro nás.

V otázce možnosti zařazení supervize jako formy celoživotního vzdělávání jsem v odborné literatuře nenašla možnosti srovnání názorů. Pouze několik odkazů či článků ukazuje na možnosti vzdělávání supervizorů pro potřeby zdravotnictví či přímo ošetrovatelství. Podle dostupných zdrojů existuje v ČR dle autorky Špirudové jen pár sester – supervizorů.³³ Přesto by bylo potřeba tento počet navýšit, protože supervize určená pro potřeby ošetrovatelství by mohla pomoci několika tisícům sester, ke kterým se supervize zatím vůbec nedostala nebo jen v podání odborníků ze supervize všeobecného zaměření, kdy jistě chybí konkretizace a řešení mnoha problémů specifických právě pro klinickou ošetrovatelskou činnost.

Myslím si, že zařazení supervize jako formy celoživotního vzdělávání a její absolvování s následným kreditním ohodnocením může také podnítit zájem o supervizi. Zařazením supervize jako poradenské a konzultační služby na různé přednášky a odborné semináře se supervize stane známější pro širší odbornou sesterskou veřejnost a zkusit si ji nanečisto jistě uvítá mnoho sester, které mohou tuto zkušenost šířit dál do řad svých kolegyň.

³³Špirudová, *Mohla by supervize sloužit i sestřám v ČR?*

ZÁVĚR

V této bakalářské jsme se zabývali problémy sester a možnostmi zavedení klinické supervize do ošetrovatelské praxe. Chtěli jsme zjistit, jaké mají kolegyně z různých provozů znalosti o supervizi a jak by si představovaly některé aspekty supervize.

V úvodní, teoretické části okrajově zmiňujeme problematiku fyzické a psychické zátěže sester, v krátkosti pak nejzávažnější z nich a to stres a syndrom vyhoření. To nás nenásilně navádí k jednomu z možných řešení a to k supervizi jako odborné konzultační a poradenské službě pro naše zdravotníky. Problematika supervize ve zdravotnictví zatím podle našich zjištění není moc známá a rozšířená. Přitom to, co může nabídnout, jistě převyšuje primární nedůvěru, kterou tento pojem vzbuzuje u mnohých pracovníků.

Výzkumná část práce je zpočátku zaměřena na zjišťování znalosti pojmu supervize, kdy se ukázalo, že jen malé procento dotázaných zdravotních sester jej zná a mělo možnost ji vyzkoušet. Supervize je u nás rozšířena dle několika autorů spíše v nestátních zdravotnických zařízeních a v oblasti sociálních služeb.

Po stručném seznámení respondentů s pojmem supervize jednak rozhovorem a dále i úvodní částí anketního šetření pak hledáme v základních otázkách ankety odpovědi na cíle v těchto oblastech:

Kdo by byl vhodnou osobou supervizora?

Jaké problémy by sestry do supervize přinášely?

Proč by sestry mohly supervizi odmítat?

Mělo by být absolvování supervizí zahrnuto do systému celoživotního vzdělávání a kreditně ohodnoceno?

Podle respondentů by byl ideálním supervizorem externí pracovník se vzděláním psychologicko – právně – zdravotnickým, zkušeným v sesterském povolání nebo kolegyně – kamarádka.

Nejčastěji řešenými problémy v supervizi by byly podle respondentek interpersonální vztahy a problémy, osobní zkušenosti a problémy s pacienty, špatná

komunikace lékařů, sester a pacientů, nejednotnost pracovních postupů, řešení stresových a emočně vyhocených situací či srovnávání různých pracovišť, jejich dokumentací, postupů, standardů.

Odmítání supervize odůvodňovaly respondentky nejčastěji z obavy ze zneužití vyřčených informací, z pocitu vlastního selhání, z nedůvěry v osobu supervizora a z časových důvodů. Další příčinou odmítání by mohla být neznalost či nedůvěra v supervizi.

V otázce zahrnutí supervize do systému celoživotního vzdělávání a kreditního ohodnocení se kladně vyjádřilo 64% respondentů, 30% respondentů to považuje za zbytečné.

Názory a zkušenosti respondentů jistě pomohou dále dotvářet ideálního supervizora i ideální supervizi co nejlépe „šitou na tělo“ našich zdravotníků. Mnoho respondentů dopisovalo své názory na další problematiku ve zdravotnictví, které je trápí, což by mohlo jistě sloužit jako podklad pro další výzkumné práce – například v oblasti vzdělávání, motivace, komunikace a jiných. Z mnohého respondenty napsaného vychází potřeba sester mluvit na odborné úrovni s někým dalším, na koho by sestra mohla vychrlit spoustu myšlenek, které si jinak nechává pro sebe, protože zkrátka nemá nikoho, kdo by vyslechl a poradil. Ne vždy pomůže kamarádka nebo kolegyně a k psychologovi půjde málokterá z nás. Zkusit kvalitní supervizi s kompetentním a znalým supervizorem by byl velký přínos pro spoustu sester a snad se jí i v blízké budoucnosti dočkáme. Jen co se metoda klinická supervize a její možnosti více rozšíří také k manažerům našich zdravotnických zařízení.

Cílem a snad také přínosem této práce bylo vytvoření si představy o aktuálních názorech, zkušenostech a potřebách respondentů ve vztahu k možnostem klinické supervize. Jednoznačným výstupem této práce bylo zjištění, že klinická supervize jako poradenská služba je velké části sester dosud neznámá. V tomto vidím podnět k většímu rozšíření povědomí o klinické supervizi, protože je další velká skupina zdravotníků, kteří zatím neměli možnost se o supervizi dozvědět z anket, ve školách či odborných seminářích. Jejich vzděláváním v této oblasti se pak pomocí dalších studií a výzkumných šetření mohou specifikovat různé bližší požadavky na klinickou supervizi v ošetrovatelství.

Závěrem lze říci, že povolání zdravotní sestry je celkově stresující, roste náročnost na kvalitu poskytované péče i na znalosti a zkušenosti zdravotníků, mimo to se sestra musí v dnešní době orientovat v mnoha etických, právních, administrativních a dalších úkonech. A právě vyčerpání často způsobuje, že už nevěnujeme tolik pozornosti a péče sami sobě. Možnost zavedení vhodné formy supervize pak může zvyšovat jak profesní dovednosti a kvalitu poskytované péče, tak i motivaci sester zůstat u své profese a nadále se jí věnovat s nadšením a láskou, se kterou jsme začínaly.

POUŽITÁ LITERATURA:

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. GUGGENBUHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*, 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 120 s. ISBN 978-80-7367302-4.
4. HAVRDOVÁ, Z. a HAJNÝ, M. et al. *Praktická supervize - Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
5. HAWKINS, P. a SHONET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál 2004. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
6. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
7. IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*, dotisk 2. vyd. Olomouc: UP, 2009, 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
8. JIČÍNSKÁ, K. *Supervize jako celoživotní forma učení a zdroj profesionálního růstu sestry*. Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. Brno: NCO NZO, 2006, s. 67-73 ISBN 80-7013-449-6.
9. JIRÁK, Z., VAŠINA, B. *Fyziologie a psychologie práce*, 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005, 158 s. ISBN 80-7368-1072.
10. JOBÁNKOVÁ, M., et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
11. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. rozš. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
12. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6

13. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
15. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
16. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*, 1. vyd. Praha: Academia, 1997, 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
17. ŠIMEK, A. *Supervize je u nás stále nová*. Psychoterapeutické sešity, roč. 1, č. 2, Praha: Pražský psychoterapeutický institut, 2002, s. 1-2.
18. ŠPIRUDOVÁ, L. Mohla by supervize sloužit i sestřám v ČR?. In *Důstojné umírání II*. Sborník příspěvků. Editor Helena Kisvetrová. Olomouc: UP, 2009, ISBN 978-80-244-2381-4.
19. ŠPIRUDOVÁ, L. Klinická supervize v ošetrovatelství - mají sestry o čem diskutovat? Přednáška. In *5. ročník medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti*. Trnava: aula Pazmaneum FZaSP Trnavskej univerzity, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Univerzitné námestie 1, SR, 24. dubna 2010.
20. ŠVINGALOVÁ, D. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2006. 82 s. ISBN 80-7372-105-8.
21. TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. Naše zkušenosti se supervizí. In EIS, Zdeněk. *Supervize*. Praha : Pražský psychoterapeutický institut, 1995. s. 89. ISBN 80-901710-2-8.
22. TÓTHOVÁ, V. *Kvantitativní versus kvalitativní výzkum v ošetrovatelství*. In Sborník nové trendy v ošetrovatelství, České Budějovice: ZSF JU, 2004, s. 277-284, ISBN 80-8050-866-0.
23. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Časopisy a internetové zdroje:

24. BÁRTLOVÁ, S. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*. 2007, roč. 9, č. 2, s. 254-259, ISSN 1212-

4117.

25. BAŠTECKÁ, B. Supervize. *Zpravodaj Diakonie ČCE. č. 1*, 1999, s. 6-7
26. BEDNÁŘOVÁ, J. Supervize ano, či ne? *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 3, s. 14-15, ISSN 1210-0404.
27. BOHUTÍNSKÁ, M. Profesionální stres u sester. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 10, s. 16-17, ISSN 1210-0404.
28. ČERVENKOVÁ, Z. Hranice v psychice sestry mezi profesní rolí a rolí matky a manželky. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 6, s. 23-24, ISSN 1210-0404.
29. NEŠPOR, K. Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí – možnosti prevence a časové intervence [cit. 2010-03-30]. Dostupné na:
<http://www.plbohnice.cz/nespor/zdrw2.doc>.
30. REINDLOVÁ, V., BOGÁROVÁ, S. Přetížení zdravotnického pracovníka-ano,nebo ne? *Sestra* . 2007, roč. 17, č. 12, s. 22-23, ISSN 1210-0404
31. ŠPIRUDOVÁ, L., KISVETROVÁ, H. Rozdíly v oborové teorii a praxi a jejich projekce do vzdělávání sester v České republice (kvalitativní studie). *Ošetrovatelstvo 21. storočia v procesezmien*. Nitra: Univerzita Konstantina Filosoфа, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2009, s. 916-931, ISBN: 978-80-8094-554-1. EAN: 9788080945541.
32. ŠUSTEROVÁ, D. Stres v práci sestry. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 11, s. 24 , ISSN 1210-0404.
33. Český institut pro supervizi. Dostupné na: www.supervize.eu
34. Katedra řízení a supervize Fakulty humanitních studií. Dostupné na:
<http://www.fhs.cuni.cz/supervize>
35. Evropská asociace pro supervizi. Dostupné na: www.supervision-eas.org

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
č.	číslo
ČR	Česká republika
ČIS	Česká asociace pro supervizi
GIT	gastrointestinální trakt
JIP	jednotka intenzivní péče
OCHRIP	oddělení chronické intenzivní péče
ORL	otorinolaryngologie
SUR	Sdružení pro vzdělávání v psychoterapii
Tab.	tabulka
UP FZV	Univerzita Palackého Fakulta zdravotních věd

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tab. 1 – Léta praxe

Tab. 2 – Pracovní pozice

Tab. 3 – Požadavky na supervizora

Tab. 4 – Individuální supervize

Tab. 5 – Skupinová supervize na pracovišti

Tab. 6 – Skupinová supervize mimo pracoviště

Tab. 7 – Důvody odmítání supervize

Tab. 8 – Supervize v systému celoživotního vzdělávání

Graf č. 1 – Léta praxe

Graf č. 2 – Pracovní pozice

Graf č. 3 – Supervize v systému celoživotního vzdělávání

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 : Dotazníkové šetření

Příloha č. 2 : Etické zásady Evropské asociace supervize

Příloha č. 3 : Povolení dotazníkového šetření

Příloha č. 4 : Specifikace osoby supervizora dle respondentů (přepis z anketního šetření)

Příloha č. 5 : Téma pro individuální supervizi (přepis z anketního šetření)

Příloha č. 6 : Téma pro skupinovou supervizi probíhající na pracovišti (přepis z anketního šetření)

Příloha č. 7 : Téma pro skupinovou supervizi probíhající mimo pracoviště (přepis z anketního šetření)

Příloha č. 8 : Důvody odmítání supervize (přepis z anketního šetření)

Příloha č.1

Dotazníkové šetření

Vážené kolegyně a kolegové,
jmenuji se Helena Keclíková a jsem studentka 4. ročníku Fakulty zdravotních věd UP v Olomouci, kombinované formy studia oboru Ošetrovatelství. V absolventské práci řešíme problematiku supervize v ošetrovatelství a tímto dotazníkem mapujeme názory, postoje a zkušenosti českých sester v oblasti profesního ošetrovatelského poradenství – tj. supervize v ošetrovatelství.

Nejdříve si dovolíme Vám předložit krátké vysvětlení pojmu supervize, abychom si vzájemně rozuměli. *Pojem SUPERVIZE znamená ve volném překladu právě poradenství, možnost nezávislé konzultace problémů vzniklých v pracovním procesu a to jak problémů ohledně pacientů a péče jim poskytované, tak i problémů dalších – interpersonálních, provozních, manažerských, ... Může nám dát příležitost podívat se na věci s odstupem, vyvarovat se nevhodného obviňování druhých - klientů, kolegů, organizace. Dává možnost pustit se do hledání nových možností, odhalit poučení, získat podporu. Je to také pohled z „druhé strany“, supervizor by měl nabídnout jiný úhel pohledu, být nezávislý, nad věcí. Cílem pak je účinně zasahovat a zvyšovat úroveň profesionálního chování zdravotníků.*

Supervize má několik funkcí. Funkce vzdělávací staví do popředí vlastní práci, pomáhá přenášet teoretické znalosti do pracovní role. Funkce řídicí vede k porozumění vlastním kompetencím a dodržování předpisů a role podpůrná se nejvíce uplatňuje v práci s emocemi, umožňuje odreagovat a pozitivně zpracovat emoce vznikající při konfrontaci s bolestí, smrtí, zoufalstvím, bezmocí...tak, aby nebyl zdravotník těmito emocemi přetěžován. Supervize může být skupinová nebo individuální.

Tento dotazník je veden stylem kvalitativně kvantitativního výzkumu. Jeho úkolem je shromáždit co možná nejširší spektrum informací, ne posuzovat jejich správnost. Proto každá Vaše odpověď je důležitá a potřebná.

Děkujeme Vám za pomoc a spolupráci. Helena Keclíková.

1. Kdo by pro Vás, podle Vaší představy, byl důvěryhodnou osobou supervizora v oboru ošetrovatelství, k němuž byste ráda chodila?

2. Jaké problémy by, podle Vaší zkušenosti, sestry do supervizí přinášely?

Do individuální supervize:

Do skupinové supervize:

- *probíhající na pracovišti s pracovním kolektivem:*

- *probíhající mimo pracoviště, do skupiny sester vytvořené např. jejich přihlášením*

stejně jako do kurzů či seminářů:

3. Z jakých důvodů se domníváte, že by sestry mohly supervizi (oborovou poradenskou a konzultační službu) odmítat?

4. Protože supervize má složku vzdělávací a protože je primárně orientovaná na osobní profesní rozvoj lidí, domníváte se, že by měla být možnost absolvování supervizí zahrnuta do systému celoživotního vzdělávání sester a kreditně ohodnocena?

- Ano** Je možno připsat návrh jak:
- Ne** Protože:
- nevím**, ale spíše bych se přiklonila k možnosti ano.
- nevím**, ale spíše bych se přiklonila k možnosti ne.
- Neumím se vůbec rozhodnout.**

Pro statistické strukturování výpovědí prosíme o uvedení následujících informací:

Kolik let pracujete v oboru ošetrovatelství?

Jakými pracovními pozicemi a obory jste za svou sesterskou kariéru prošla?

Na kterém typu oddělení a v jaké pozici pracujete nyní?

Pokud máte přímou osobní zkušenost se supervizí, můžete nám ji sdělit – popsat ?

Pokud nám chcete cokoliv důležitého k supervizi ještě sdělit, můžete k tomu využít zadní stránky tohoto dotazníku.

Ještě jednou Vám děkujeme a přejeme mnoho pracovních úspěchů a spokojenosti v oboru ošetrovatelství.

Příloha č. 2

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 supervizi 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 náležité 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 profesionálních 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 kurzy, 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 vyhnuou 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.

Specifikace členy ČIS jsou dostupné na <http://www.supervize.eu/o-techto-strankach/eticke-zasady/>

Příloha č. 3

Povolení dotazníkového šetření

Hlavní sestra

VN Olomouc

Mgr. Hana Zrníková

Žádost o umožnění dotazníkového šetření.

Vážená hlavní sestro,
žádám o umožnění dotazníkového šetření na odděleních Vojenské nemocnice a to konkrétně na odd. ARO, chirurgie, ORL, OCHRIP a rehabilitace. Výsledky a výstupy bych následně chtěla použít v mé závěrečné bakalářské práci na téma *PROBLÉMY SESTER a možnosti supervize v ošetrovatelství*. V případě vašeho zájmu pak mohu zjištěné závěry nabídnout k dispozici.

S pozdravem, a přáním hezkého dne

Helena Keclíková
ARO VN Olomouc

V Olomouci 22.3.2010

24.3.2010

Janeková

VOJENSKÁ NEMOCNICE
Mgr. Hana ZRNÍKOVÁ
hlavní sestra
Sušilovo nám. 5
771 00 OLOMOUC

Příloha č. 4

Specifikace osoby supervizora dle respondentů (přesný přepis z anketního šetření)

1. Psycholog, manažer a sestra v jedné osobě, nezaujatý
2. Dobrá kolegyně a známá
3. Má studium psychologie, managementu, ošetrovatelství
4. Osoba se zkušenostmi a praxí v oboru, znalý poměrů, schopný organizačně
5. Kamarádka z práce
6. Zdravotník s dlouholetou praxí a vystudovanou psychologií
7. Zkušený zdravotník, který prošel praxí u lůžka více oddělení, popř. s psycholog. vzděláním
8. Empatická sestra s dlouhodobou praxí na daném pracovišti, schopná komunikace
9. Určitě někdo z vedoucích pracovníků, schopný organizace, rázný, ochotný a samozřejmě příkladný (hlavní sestra?)
10. Psycholog, manažer
11. Vrchní sestra
12. Nedokážu určit
13. Psycholog
14. Vrchní sestra, s právním vzděláním
15. Sestra s vyšším vzděláním, praxí i mimo naší nemocnici, s všeobecným přehledem
16. Kamarádka z oboru, má i vzdělání v pedagogice nebo někdo erudovaný v oboru mimo naší nemocnici
17. Sestra, která má znalosti z psychologie, ošetrovatelství, nezávislý pozorovatel
18. Odborník z oboru, který je nezávislý na daném pracovišti
19. Osoba z praxe, která je seznámena s problémy daného pracoviště, osoba důvěryhodná a nebude problémy ventilovat dále ven
20. Psycholog
21. Vedoucí pracovník nebo psycholog se vzděláním ve zdravotnictví=ošetrovatelství
22. Psycholog
23. Především nikdo z nadřízených či z kolektivu, měl by být nezávislý, ale informovaný v dané problematice
24. Zvolila bych svou nadřízenou hlavní sestru
25. Nezávislý, speciální pedagog + zkušenost s asertivním chováním
26. Psycholog
27. Nezávislý, cizí člověk se znalostmi z psychologie, psychoterapeut, důvěryhodný svým vystupováním a jednáním
28. Psycholog
29. Vedoucí pracovník nebo psycholog
30. Psycholog s nutně zdravotně - právním vzděláním
31. Osoba, která zná práci zdravotníků, důvěryhodná a má dostatek znalostí z psychologie
32. Manažer
33. Nezávislý odborník s vysokoškolským vzděláním v oboru

34. Externí pracovník najatý zaměstnavatelem, s psychologickým vzděláním
35. Manažer
36. Zdravotní sestra s mnohaletými zkušenostmi
37. Psycholog
38. Volila bych kolegyni- kamarádku z oboru
39. Odborník se znalostmi z našeho oboru, dále pak z psychologie a managementu
40. Podle mě to může být jakákoli osoba, ale mě by spíše vyhovoval muž, měla bych k němu větší důvěru bavit se o problémech
41. Sestra z kolektivu, kterou bychom si společně zvolili na základě jejich schopností a znalostí
42. Sestra s minimálně desetiletou praxí z nemocnice, zná problémy ve zdravotnictví, ale nepracuje ve stejné nemocnici jako já
43. Psycholog
44. Myslím si, že by bylo dobré pro tyto služby využívat psychologa
45. Člověk z oboru, který ví, jak to na daném pracovišti funguje, měl by být příjemný, empatický, důvěryhodný
46. Psycholog
47. Původním povoláním sestra či porodní asistentka, aby měla náhled do všední práce sester
48. Asi psycholog
49. Nezávislý pracovník, zná problematiku naší práce, má dobrý psychologický přístup
50. Můj nadřízený jako přirozená autorita
51. Člověk z praxe, který je ve styku se všemi, například staniční či vrchní sestra
52. Zkušený psychoterapeut
53. Zkušená zdravotní sestra nebo psycholog

Příloha č. 5

Téma pro individuální supervizi (přepis z anketního šetření)

1.	Problémy s komunikací a problémy s pacienty
2.	Interpersonální vztahy
3.	Konkrétní problémy s pacienty
4.	Problémy sestra x nemocný
5.	Interpersonální problémy, patientské problémy, nárůst práce na stejný počet sester
6.	Stres z práce, časová náročnost, vztahy s kolegyněmi, nedostatečná motivace, osobní problémy
7.	Zvládání stresu, únavový syndrom
8.	Interpersonální vztahy, syndrom vyhoření, osobní problémy
9.	Neshody v kolektivu, zahlcení mnoha úkolů
10.	Interpersonální vztahy, lepší podmínky k vzdělávání, problémy s pacienty + zlepšení komunikace
11.	Objasnění interpersonálních situací, vzdělávání, perspektiva zaměstnání
12.	Osobní problémy, práce x rodina, různé zkušenosti s pacienty
13.	Osobní zkušenosti s pacienty
14.	Potíže v komunikaci s problémovými pacienty
15.	Interpersonální vztahy, stres z práce
16.	Nevím
17.	Problémy sestra vs. sestra, sestra vs. lékař, sestra vs. pacient
18.	Navýšení práce a povinností, motivace, přenášení problémů z práce do rodinného života, nedostatečný odpočinek
19.	Kontakt se smrtí, bolestí, z toho plynoucí vlastní problémy, hodně práce
20.	Syndrom vyhoření, alergie na daného pacienta
21.	Konfrontace se smrtí, zoufalstvím, náladou klientů
22.	Problémy v komunikaci s problémovým pacientem
23.	Nevím
24.	Interpersonální problémy, osobní problémy
25.	Interpersonální problémy, problematika vzdělávání, finanční ohodnocení
26.	Nedůvěra k nadřízené osobě, osobní problém
27.	Konfrontace se smrtí, bolestí
28.	Nevím
29.	Interpersonální vztahy, stres a psychická náročnost, nárůst úkolů
30.	Neznalost kompetencí
31.	Perspektiva uplatnění, vztahy na pracovišti
32.	Špatné vztahy na pracovišti, setkání s umíráním a smrtí
33.	Psychický stres, řešení kompetencí sester a lékařů
34.	Interpersonální problémy na pracovišti, osobní problémy
35.	Nevím
36.	Problémy s pacientem, rodinné problémy x práce
37.	Interpersonální a další pracovní problémy
38.	Osobní problémy doma, které neumím řešit
39.	Jak snášet stres na pracovišti, jak se vyrovnávat se smrtí

40.	Osobní nedůvěra v nadřízenou, řešení konkrétních nezvládnutých situací s pacienty
41.	Interpersonální vztahy, problém s konkrétním pacientem
42.	Osobní problémy
43.	Své postoje a zkušenosti s pacienty
44.	Osobní a pracovní problémy
45.	Interpersonální problémy, zaměření na kompetence, motivace
46.	Chování mé nadřízené vrchní sestry
47.	Osobní problémy, problémy s pacienty
48.	Střety s pacienty, nesrovnání se se smrtí, беру si myšlenky z práce domů, stres
49.	Perspektiva uplatnění, osobní problémy
50.	Problémy na pracovišti nebo osobní problémy
51.	Nevím
52.	Stres, syndrom vyhoření
53.	Interpersonální problémy, konkrétní zkušenosti s klienty

Příloha č. 6

Téma pro skupinovou supervizi probíhající na pracovišti (přepis z anketního šetření)

1.	Špatná komunikace sestry x lékař
2.	Nedostatečná motivace, komunikace s pacienty,
3.	Interpersonální vztahy
4.	Problémy v komunikaci lékař a sestra, interpersonální problémy
5.	Komunikace a spolupráce různých oddělení, taktéž s lékaři či nadřízenými
6.	Vztahy na pracovišti, stresové situace
7.	Připomínky a problémy k pracovním postupům na oddělení
8.	Standards, interpersonální vztahy, jednotnost péče a postupů u pacientů
9.	Interpersonální neshody
10.	Problematika sestry x pacient, sestra x lékař, spolupráce oddělení
11.	Mezilidské vztahy
12.	Vážné komunikace lékař x sestra, někdy vážné komunikace i sestry samotných
13.	Interpersonální vztahy, jednotnost postupů, naschvály jiného oddělení
14.	Problémy v kolektivu na oddělení
15.	Vztah lékař x sestra
16.	Projevy nedůvěry, bezdůvodná kontrola straší kolegyní,
17.	Nesoulad v jednání všech pracovníků, rivalita mezi odd. a boj sestry x lékaři
18.	Spolupráce sester a lékařů, interpersonální problémy
19.	Rozepře v kolektivu, zbytečná soutěživost
20.	Komunikace sestry x lékař, různé názory na oš. postupy
21.	Mezilidské vztahy v kolektivu
22.	Vzdělávání sester na pracovišti, adekvátní odměňování
23.	Mezilidské vztahy
24.	Problémy v komunikaci sester a lékařů
25.	Spolupráce sester a lékařů, špatná komunikace různých oddělení
26.	Nepečlivost spolupracovníků, nespolupracující kolektiv, arogance
27.	Vztahy na pracovišti, spolupráce
28.	Organizace práce, vztahy na pracovišti, komunikace kolektivu
29.	Mezilidské vztahy
30.	Průběhy služeb, stížnosti na vedení, návrhy na zlepšení práce a péče o pacienty, stresové situace, celkově různé pracovní problémy
31.	Nevím
32.	Nejednotnost v organizaci práce, provozní problémy, problémy s klienty
33.	Mezilidské vztahy, vztah sestry x lékař
34.	Problémy kolektivu, problémy s klienty
35.	Problémy, které se vyskytly na pracovišti a kolektiv se zatím nedokázal dohodnout
36.	Jak zvládat agresivní nebo naopak pasivní pacienty
37.	Nevím
38.	Komunikace na pracovišti, aplikace shodných postupů péče
39.	Rozebírání problémových kazuistik
40.	Zlepšení práce podle daných standardů
41.	Neznalost pracovních postupů, každý si léčí a pečuje podle svého umínění

42.	Jak zlepšit interpersonální vztahy, jak zlepšit komunikaci mezi sestrou, lékařem a pacientem
43.	Pracovní problémy, pracovní vztahy, neshody mezi lékařem a sestrou
44.	Postarali jsme se správně o pacienta? Funguje dobře náš kolektiv? Jsme tým?
45.	Špatné vztahy na pracovišti, odlišnosti názorů na práci a postupy
46.	Špatná komunikace s pacienty
47.	Pracovní či osobní problémy s jednotlivými kolegy
48.	Nevím
49.	Problémy týkající se kvality poskytované péče, komunikace s pacienty
50.	Problematika vzdělávání sester
51.	Pocity kontroly a nedůvěry ze strany nadřízené či lékařů
52.	Mezilidské vztahy, špatná spolupráce mezi odděleními
53.	Naschvály mezi sestrami na pracovišti, vzájemná rivalita sester

Příloha č. 7

Téma pro skupinovou supervizi probíhající mimo pracoviště (přepis z anketního šetření)

1.	Rozebírání standardů oš. péče
2.	Výměna zkušeností
3.	Nevím
4.	Výměna zkušeností všeobecně
5.	Nevím
6.	Standardy vytvořené podle EU
7.	Vztahy na pracovišti, stres z práce, zvládání těžkých psychických situací
8.	Nové trendy, výzkumy v ošetrovatelství
9.	Srovnávání pracovišť a jejich problémů
10.	Nevím
11.	Zprůhledňování, zjednodušování oš. dokumentací
12.	Nevím
13.	Nevím
14.	Různorodost oš. standardů a z nich vyplývající problémy mezi personálem oddělení
15.	Kontakt s jinými pracovišti, srovnávání, zvládání emočně náročných situací
16.	Novinky v ošetrovatelské péči
17.	Nevím
18.	Nevím
19.	Pracovně právní problémy
20.	Nevím
21.	Různorodost standardů mezi odděleními, konflikty s vedoucími pracovníky
22.	Pracovně právní problémy, každé oddělení má své postupy a metody = jejich srovnávání
23.	Nevím
24.	Nerozumím, nevím
25.	Uvolnění emocí z práce
26.	Problémy v jednotlivých oborech, finanční zátěž seminářů na obyčejné sestry
27.	Nevím
28.	Srovnávání pracovišť, postupů, zvyklostí, oš. dokumentací
29.	Snad jen srovnání pravidel jiných zařízení s našimi a užitečné rady odjinud
30.	Nevím
31.	Vzdělávání v oboru (možnosti)
32.	Celkové problémy ve zdravotnictví
33.	Nevím
34.	Vzdělávání a jeho finanční zátěž
35.	Srovnávání kazuistik a postupů
36.	Techniky relaxace, odreagování, prevence syndromu vyhoření, zvládání kontaktu s umírajícím či nevléčitelně nemocným pacientem, praktický nácvik zvládání těchto situací
37.	Jak efektivně zvládat pracovní povinnosti a nároky rodiny
38.	Osobní konflikty s vedením, komunikace na pracovišti, zavádění nových

	postupů a přístupů
39.	Názorové neshody v práci a problémy z toho plynoucí
40.	Formy odpočinku, relaxace, aktivní a pasivní trávení volného času
41.	Sebevzdělávání, popř. další vzdělávání
42.	Nevím
43.	Problémy, situace, vztahy jakéhokoliv druhu, různorodost postupů v péči
44.	Zda byly pochopeny správně informace z kurzu, aby byly dále k užitku
45.	Nevím
46.	Setkání s umírajícím člověkem a se smrtí, syndrom vyhoření a jak se tomu bránit
47.	Pozitivní a negativní pracovní zkušenosti
48.	Nevím
49.	Poradce pro zaměstnance s různými problémy
50.	Porovnání pracovních postupů
51.	Nácvik komunikace s problémovým či třeba trpícím pacientem
52.	Výměna pracovních zkušeností
53.	Pocity neoprávněné kontroly nadřízenými, konflikty s nimi

Příloha č. 8

Důvody odmítání supervize (přepis z anketního šetření)

1.	Bála bych se možného zneužití
2.	Z časových důvodů a neochoty se dále vzdělávat. Některé sestry nemají zájem cokoli dělat pro svůj profesní růst
3.	Nedostatek času, nemají zájem svěřovat své pocity a problémy
4.	Nedůvěra v konkrétní osobu supervizora
5.	Strach z postihu, že se to dozví vedení, nechut' zapojovat se do diskuzí, strach z posměchu
6.	Strach z neznámého
7.	Strach otevírat vlastní mysl a řešit problémy před někým cizím, komu by se mé pocity mohly zdát banální
8.	Nezkušenost. Neznalost, strach z řešení osobních situací
9.	Nechtější otevírat svoje soukromí
10.	Strach z toho, že se ukáže, že dělám něco špatně, za což budu následně potrestána
11.	Stud z toho, že bych mohla profesně selhat, raději si to vyřeším sama než s druhou osobou
12.	Neznalost pojmu, obava z postihu vedením
13.	Bojí se, že by se projevily slabé stránky dané sestry
14.	Antipatie k supervizorovi, špatné předchozí zkušenosti
15.	Obava z vynesení informací ven, směrem k vedení
16.	Čas bychom měli věnovat raději pacientům
17.	Nezájem svěřovat se a vůbec něco konzultovat, je to zbytečné
18.	Pokud bude v pozici supervizora pracovník z vedení, tak obava ze zneužití informací
19.	Nezájem o poradenství, nedostatek času
20.	Nediskrétnost
21.	Strach z ventilace informací, strach o zaměstnání
22.	Z důvodu proniknutí informací od supervizora k nadřízeným
23.	Z důvodu časových – chod oddělení je přednější než sedět na supervizi
24.	Pokud je supervizorem nedůvěryhodná osoba
25.	Čas
26.	Nevím
27.	Z nepochopení cílů supervize, neznalosti supervizora
28.	Stud před daným odborníkem nebo nedůvěra v tuto osobu
29.	Zbytečnost supervize
30.	Časové důvody – v prac. době jsou pacienti přednější a mimo ni neochota obětovat čas
31.	Z důvodu ventilování problémů mezi nekorektními osobami
32.	Protože nevím, že by se tím něco vyřešilo
33.	Nedůvěra v supervizora (co když je nastrčený vedením?)
34.	Nevím
35.	Obavy ze zneužití informací, mohlo by se ukázat, že jsem neschopná
36.	Z neznalosti a z pocitu ohrožení v zaměstnání, únik informací

37.	Časová náročnost
38.	Časové důvody
39.	Ochrana soukromí, stud v očích dalších osob ve skupině
40.	Nevidím žádný důvod odmítání, snad jen nezájem sester k supervizi
41.	Z osobních důvodů – nechci se svěřovat
42.	Nedůvěra k dané osobě
43.	Nemám žádný problém
44.	Z důvodu strachu říct svůj názor veřejně, aby se to později neotočilo proti mě
45.	Pokud bude funkční, není důvod odmítat
46.	Nevím
47.	Neznalost tématu a problematiky supervize
48.	Pro neznalost, nedostatek času
49.	Strach ze zneužití informací, z vlastního selhání
50.	Nesympatie k osobě supervizora, strach z finančního postihu
51.	Nevím
52.	Co když mě pak někdo bude trestat za to, co jsem na sebe řekla?
53.	Nevím