

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

**KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE**

SUPERVIZE V PRÁCI ZDRAVOTNÍCH SESTER

Magisterská diplomová práce

Obor studia: Andragogika

Autor: Bc. Renata Eremiášová

Vedoucí práce: RNDr. Markéta Seidlová, Ph.D.

Olomouc 2019

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „*Supervize v práci zdravotních sester*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování:

Děkuji vedoucí diplomové práce RNDr. Markétě Seidlové, Ph.D. za náměty, odborné vedení, rady a čas, který mé práci věnovala.

Dále děkuji všem účastnicím moderovaných rozhovorů a ohniskových skupin za jejich čas a cenné informace a zkušenosti, které mi pro zpracování této práce sdělily.

Anotace

Jméno a příjmení:	<i>Renata Eremiášová</i>
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	<i>Andragogika</i>
Obor obhajoby práce:	<i>Andragogika</i>
Vedoucí práce:	<i>RNDr. Markéta Seidlová, PhD.</i>
Rok obhajoby:	<i>2019</i>

Název práce:	<i>Supervize v práci zdravotních sester</i>
Anotace práce:	<p>Práce se zabývá možnostmi využití supervize v práci zdravotních sester a sleduje, zda podstata a teoretické vymezení supervize reflektují skutečné potřeby zdravotních sester v praxi. Supervize je zde pojímána v souvislosti s andragogickými východisky profesního vzdělávání a nabízí možnosti jejího využití v profesi zdravotní sestry. Sleduje náročnost a specifika této profese a dává ji do souvislosti s nabídkou vzdělávací, řídicí a podpůrné supervize.</p> <p>Úkolem výzkumné části je ověřit, jak zdravotní sestry vnímají tuto možnost vzdělávání, podpory a řízení ve své práci, a zda současná podoba supervize reflektuje jejich skutečné potřeby v praxi. Výzkum pomocí moderovaného rozhovoru a ohniskové skupiny sleduje, jaký význam přikládají zdravotní sestry supervizi. Výstupy této práce mají přispět ke zkvalitnění supervize v oblasti zdravotnictví, a tím i ke zkvalitnění a k podpoře práce zdravotních sester.</p>
Klíčová slova:	Supervize, funkce supervize, přínosy supervize, zdravotní sestra, práce zdravotní sestry, ošetřovatelství

Title of Thesis:	<i>The Supervision in the Work of Nurses</i>
Annotation:	<p>This thesis deals with the ways of implementation and use of the supervision in the nursing and monitors whether the essence and theoretical definition of supervision reflects the actual needs of nurses in practice. Supervision is understood in the context of andragogy and professional education and it offer possibilities of use in the nurses profession. The thesis focus on difficulties and specifics of this profession and links it with the contex of educational, managing and supportive supervision.</p> <p>The aim of the empirical research of the thesis is verify, if nurses understood supervision as the possibility of education, support and management in their practise, and whether the current form of supervision reflect their actual needs. Research through the moderated interview and the focus groups monitors, what importance nurses attach to supervision. The outputs of this thesis should contribute to improving quality of supervision in health care, and thus improving and supporting nurses' work.</p>
Keywords:	Supervision, function of supervision, benefits of supervision, nurse, nursing, healt care
Názvy příloh vázaných v práci:	Dotazník pro moderovaný rozhovor a ohniskovou skupinu
Počet literatury a zdrojů:	45
Rozsah práce:	78 s. (143 990 znaků s mezerami)

Obsah

Úvod	8
1. Teoretické a konceptuální zarámování pojmu „supervize“	10
1.1. Andragogická východiska supervize	11
1.1.1. Supervize jako dialog v souvislosti kultury komunikativního vzdělávání 11	
1.1.2. Supervize v souvislosti nedirektivní pedagogiky.....	13
1.1.3. Supervize jako nástroj reflexivního učení	14
1.2. Definování supervize v kontextu pomáhajících profesí	16
1.2.1. Cíle a funkce supervize	17
1.2.2. Formy a typy supervize	20
2. Supervize v kontextu konkrétní organizace a práce zdravotní sestry	22
2.1. Specifika managementu v neziskových a zdravotnických organizacích.	22
2.1.1. Struktura organizací ve zdravotnictví.....	23
2.1.2. Pracovní týmy a pracovní skupiny v kontextu zdravotnické praxe	25
2.1.3. Identifikace se skupinou a týmem v pojetí zdravotní sestry.....	27
2.1.4. Týmová a skupinová práce ve vztahu k supervizi	28
2.2. Vliv organizace na postoje a hodnoty zdravotní sestry	29
2.3. Faktory ovlivňující práci zdravotních sester.....	31
2.3.1. Stres v profesi zdravotní sestry	32
2.3.2. Syndrom vyhoření.....	34
2.3.3. Syndrom pomocníka.....	37
2.4. Supervize v ošetrovatelství	39
2.4.1. Otázka vedení supervize v ošetrovatelství	40
2.4.2. Odbornost supervizora	42
2.4.3. Podmínky zavádění supervize do ošetrovatelství	44

3. Metodologie kvalitativního výzkumu zabývajícího se významem supervize pro zdravotní sestry.....	46
3.1. Východiska, cíle a otázky výzkumu	46
3.2. Volba výzkumné metody	48
3.2.1. Analýza dat.....	49
3.2.2. Pozice a role výzkumníka	50
3.2.3. Validita výzkumu	51
3.2.4. Strategie výběru respondentů	51
3.3. Realizace a průběh výzkumného šetření.....	53
4. Výsledky realizovaného šetření	54
4.1. Moderovaný rozhovor.....	54
4.2. Ohnisková skupina.....	59
4.3. Shrnutí výsledků výzkumu ve vztahu k výzkumným otázkám.....	64
4.4. Shrnutí a diskuze výsledků výzkumu a doporučení pro praxi	67
Závěr	70
Literatura a zdroje.....	72
Seznam použitých zkratk.....	76
Přílohy	77

Úvod

Hlavním cílem této práce je zjistit, zda podstata a teoretické vymezení supervize reflektuje potřeby zdravotních sester v praxi. Východiskem této práce bylo dát do souvislosti možnosti supervize v ošetrovatelství a současné problémy a potřeby zdravotních sester, které jsou v ošetrovatelství nejvíce zastoupeny. Pod termínem „zdravotní sestry“, používaným v této práci, se skrývají i tito všichni ostatní pracovníci v ošetrovatelství: zdravotničtí pracovníci, pracovníci ve zdravotnictví, nelékařští pracovníci a pracovníci v pomáhajících profesích.

Snahou práce je zjistit, jak supervizi vnímají zdravotní sestry a zda odpovídá jejich potřebám. Supervize se totiž v současné době stává stále více rozšířenou formou vzdělávání a podpory v různých, zejména pomáhajících profesích. Pro oblast zdravotnictví a ošetrovatelství však nejsou dosud stanoveny podmínky pro její využití, jako je tomu například v sociálních službách. Tato práce se nezabývá primárně organizačním ukotvením supervize ve zdravotnictví, ale spíše snahou popsat, jakým přínosem může být supervize pro samotné zdravotní sestry.

První kapitola se věnuje teoretickému vymezení supervize. Důraz je kladen na její vzdělávací význam, který je dán do souvislosti s andragogikou a se současnými vzdělávacími směry. Poslání, účel a funkce supervize jsou vystiženy zejména v jejím propojení s prací v pomáhajících profesích. Pro lepší pochopení účelu supervize jako podpory pro profesi zdravotních sester je vycházeno ze specifických podmínek práce zdravotní sestry, a to v kontextu organizace, skupinové a týmové práce ve zdravotnictví, vztahující se k profesnímu sebepojetí sestry.

Ve druhé kapitole jsou popsány problémy, které indikují práci zdravotních sester k přijímání podpory pomocí supervize: zejména pracovní stres, syndrom vyhoření a syndrom pomocníka. Závěr druhé kapitoly se zabývá problémem praktického ukotvení supervize v ošetrovatelství, kterému se představitelky tohoto oboru věnují již delší dobu, a sice otázce kdo má tuto supervizi v ošetrovatelství vést: zda zdravotní sestry samotné, které na tuto práci mohou být připravovány v rámci kurikula vysokých škol pro nelékařské zdravotní pracovníky, či stávající supervizoři z jiných profesí. Tato práce se však zabývá především problematikou přínosu supervize pro potřeby zdravotních sester. Zmíněná témata, teoretické vymezení

supervize, podmínek zavádění supervize v ošetrovatelství i reflexe potřeb zdravotních sester nás vedou k hlavní výzkumné otázce: „*Jaký význam přikládají zdravotní sestry supervizi?*“ Otázka bude zodpovězena pomocí kvalitativního výzkumu metodou moderovaného rozhovoru a ohniskové skupiny. Jako účastníci budou vybrány respondentky z řad zdravotních sester.

Vzhledem k tomu, že tématu studovanému v této diplomové práci se doposud věnovala spíše okrajová pozornost, lze předpokládat, že výsledky této práce najdou uplatnění v každodenní praxi zdravotních sester, a to především díky stanovení parametrů takové formy supervize, která bude pro zdravotní sestry maximálně užitečná a která bude cílená na jejich specifické potřeby.

1. Teoretické a konceptuální zarámování pojmu „supervize“

Vymezit pojem supervize není jednoznačná záležitost, neboť, jak uvádí Broža (2009, s. 13) termín „supervize“ vznikl dříve, než realizace samotného procesu pomoci a podpory jednotlivců a týmů při práci s klienty a jako takový má mnoho významů. Tyto významy se stanovují podle profesních zájmů skupin, které tento výraz používají. *„Výraz supervize byl odvozen od anglického výrazu supervision, a ten z latinského slova super – nad a videre – hledět, vidět, zírat. V angličtině se vztahoval původně na každou situaci, v níž pověřená osoba dohlíží/dozírá na jinou osobu či osoby při provádění nějakého úkolu nebo průběhu činnosti.“* (Havrdová & Hajný et al., 2008, s. 17)

Supervize se odehrává ve vztahu mezi tím, kdo ji vede, a tím, kdo ji přijímá. Osoba, která supervizi vede, se nazývá supervizor, a osoba, která supervizi přijímá, se nazývá supervizant nebo supervidovaný. V této práci bude pro jednotnost používán termín supervidovaný.

Současná podoba supervize v pomáhajících profesích prošla vývojem od kontrolně laděných rozhovorů s dobrovolníky Charitativní sociální práce v Bostonu v 19. století až po současný dialog mezi supervizorem a supervidovaným. Dialog, jehož cílem je, jak uvádějí Havrdová a Hajný (2008, s. 19) pochopit a změnit smýšlení zúčastněných. Předmětem takového dialogu je vždy pracovní situace, pracovní postupy nebo vztahy pracovníků k profesi, klientům nebo spolupracovníkům. Smyslem je překročení bloků, které brzdí nejen tvořivost a spolupráci, ale i kvalitní výkon. Schavel, Hunyadiová a Kuzyšin (2013, s. 24) supervizi charakterizují jako nepřetržitý proces vzdělávání a zkvalitňování odborných postupů, který sociálního pracovníka doprovází po dobu celé jeho profesionální dráhy. Hawkins a Shohet (2016, s. 19) vyzdvihují supervizi i jako péči o sebe sama, která pracovníkovi umožňuje být otevřený novému učení a je součástí neustálého vývoje pracovníka, jeho sebeuvědomování a odhodlání dál se rozvíjet.

Supervize, ať už je pojímána z jakéhokoliv úhlu pohledu se vždy drží zásad rozvoje dovedností, znalostí a kompetencí na základě dialogu mezi supervizorem a supervidovaným. Celé toto učení je však vedeno na základě dialogu, autenticity

a reflexe, která je požadována nejen od supervidovaných, ale rovněž i od supervizorů. Jednou z možností, jak pochopit supervizi, je její pojetí v kontextu andragogiky.

1.1. Andragogická východiska supervize

V 70. letech 20. století byla supervize ve svém vzdělávacím aspektu posílena rozvojem andragogiky, jak uvádí Havrdová a Hajný (2008, s. 23). Jedná se především o koncepci celoživotního učení pracovníků a odlišení schopnosti dospělého učit se a zároveň své učení reflektovat. Supervize využívá celou řadu andragogických přístupů. Havrdová a Hajný (2008) uvádí především specifickou podporu formou dialogu, zkušenostního a reflektivního učení.

Dialog je jedním z nejstarších způsobů učení a komunikace mezi lidmi a má vliv na rozvoj jedince, utváření nových myšlenek, učení se ze zkušenosti druhých. Dochází k rozvoji poznatků nejen na základě nových informací, ale i poznatků o člověku, se kterým vede dialog. Člověk dialogem poznává nejen druhé, ale i sám sebe. „Interakce mezi lidmi zahrnuje – díky aktu komunikace – objektivní realitu stejně jako sociální a subjektivní skutečnost a to vše vlastně v jednom momentu. Komunikace souvisí nejen s objektivní událostí, ale i se sociálními normami a subjektivními pocity.“ (Lierman, 1996, s. 97).

1.1.1. Supervize jako dialog v souvislosti kultury komunikativního vzdělávání

Lierman (1996) vzdělávání dialogem řadí mezi komunikativní kulturu. Kulturou míní soustavu hodnot, norem, chování a širší kontext sociální a institucionální skutečnosti. Na základě jeho popisu vzdělávání dialogem lze rozpoznat, jak zároveň dobře vystihuje i podmínky dobré supervize. Lierman (1996, s. 99) vyjmenovává čtyři podmínky ideální komunikace, které musí být splněny, aby byla komunikace úspěšná:

1. Absence mocenských rozdílů mezi účastníky, která by mohla vést k zábraně některých lidí vyjadřovat své vlastní pocity a názory;
2. Autentičnost účastníků, která má zabránit ovlivňování a manipulaci s pocity druhých lidí;
3. Stejná šance zúčastnit se rozhovoru pro všechny;

4. Možnost formulovat argumenty a protiargumenty pro všechny.

Na tomto místě je nutno zmínit, že se Lierman (1996, s. 99) sám zamýšlel nad tím, zda jsou tyto podmínky komunikace utopií a čistě teoretický a abstraktní koncept nebo běžná praxe. V každém případě vystihuje zásady supervize, kterou Schavel, Hunyadiová a Kuzyšin (2013, s. 69) vnímají jako kvalitní lidský vztah a zdůrazňují, že pro úspěch supervize je nutné vytvářet bezpečné prostředí, ve kterém supervidovaný beze strachu odkrývá svá témata práce s klientem.

Havrdová a Hajný (2008, s. 18) vyzdvihují supervizi, jako příklad učení dialogem, který je od počátku tradován jako proces podpory práce ze strany zkušenějšího vůči méně zkušenému.

Broža (2009, s. 14) klade význam na spolupráci, která je vedená mezi oběma stranami. Během supervize záleží na vzájemné domluvě, kdy obě strany souhlasí a považují ji za užitečnou. Upřednostňuje tento přístup podpory, který je podle něj více důležitý v rozvoji pracovníka, než proces kontroly, který hierarchický (administrativní) model obsahuje. Broža (2009) vychází při obhajobě tohoto rovnocenného přístupu mezi supervizorem a supervidovaným z teze, že: *„Supervize je strukturované uvažování nad konkrétními situacemi, které vznikly v interakci jednotlivého pracovníka s uživateli, případně s příbuznými uživatele nebo i s dalšími spolupracovníky, přičemž těžiště procesu spočívá ve vzdělávání (rozvoji kompetence) pracovníka, zatímco prvek kontroly je méně výrazný.“* (Broža, 2009, s. 14)

Havrdová a Hajný (2008, s. 55) uvádí, že zvládání základů dialogického chování je náročným procesem učení, neboť smyslem dialogu je pochopit a změnit myšlení. Poukazují také na překážky dialogu, ke kterým patří mimo jiné i pocit ohrožení a předvádění moci a autority.

Dialog má umožňovat svobodné vyjádření stran a vzájemné pochopení. Takto pojaté interaktivní učení vychází z nedirektivní pedagogiky.

1.1.2. Supervize v souvislosti nedirektivní pedagogiky

Interaktivní učení a nedirektivní pedagogika tvoří dvě tendence personalistického přístupu, popsaného Bertrandem (1998) v jeho Soudobých teoriích vzdělávání. Bertrand (1998) analyzuje různé podoby vzdělávání, které ovlivňují jeho současné směřování. Supervizi nejvíce odpovídá personalistická teorie, která se opírá o humanistické tendence autonomie a rozvoje osobnosti učícího se objektu. K této teorii velkou měrou přispěla personalistická psychologie představovaná Carlem Rogersem, která ovlivnila podobu moderního vzdělávání s důrazem na rozvoj osobnosti a autonomii žáka.

Rogersovy myšlenky o úloze učitele a žáka (1969) nacházejí v supervizi své uplatnění. On sám považoval snahu naučit něco někoho jiného za málo efektivní. Namísto toho navrhuje vést k poznatkům, které objevuje člověk sám. Učitel má povzbuzovat žáky a usnadňovat učení klimatem ve třídě. Má sám sebe považovat za jeden ze zdrojů, které mohou žáci využívat podle potřeb a přání. Být rádcem, zprostředkovatelem zkušeností a expertem (Bertrand, 1998, s. 50). Tento pohled lze srovnat s piadeou antických počátků pedagogického myšlení, která vychází z předpokladu, že člověk může dosáhnout určité dokonalosti – čímž se myslí dnešní autonomie a identita – jen ve výsledku vlastní námahy. Pedagog je zde přirovnáván k zahradníkovi, který doprovází a podporuje člověka při jeho růstu na cestě za dokonalostí (Beneš, 2014, s. 13).

Podobně je charakterizována i role supervizora, který má mít vlastnosti dobrého učitele i poradce. Jak dále uvádí Schavel, Hunyadiová a Kuzyšin (2013, s. 80), správně aplikovat učební teorie, oceňovat snahy, umět zhodnotit problémové situace, pomáhat hledat řešení a poskytovat alternativní pohledy. Dávat supervidovanému pocit, že je přijímaný, chápaný, ceněný tak, aby se otevřel a byl schopen vlastních korekcí. Schavel, Hunyadiová a Kuzyšin, 2013, s. 52) přímo ve spojitosti se supervizí poukazují na Rogersovu „já“ teorii (1996), když popisují zážitkově orientovaný model supervize jako nedirektivní, zaměřený na aktuální situaci, orientující se na prožívání a na rovnocenný vztah. Jako nejvýznamnější hodnotu zmiňují akceptaci a empatii ve vztahu k supervidovanému, za předpokladu vlastní kongruence supervizora. Podobný pohled nabízejí i jiní autoři: „Z našeho pohledu je supervize odborná činnost, při níž supervizor prostřednictvím zaměřeného

pozorování, cílených otázek a komentářů uvažuje se supervidovaným (jednotlivcem, týmem, organizací) nad jejich prací, to znamená, že společně promýšlejí pracovní vztahy, cíle a procesy.“ (Baštecká, Čermáková & Kinkor, 2016, s.102)

Carroll a Tholstrupová (2004, s. 23) tvrdí, že supervize by neměla dodávat sílu supervizorovi, ale uvolňovat sílu a energii v supervidovaném k jeho práci s klienty.

Aby supervize mohla plnit svůj účel pro pracovníky v pomáhajících profesích, je třeba dodržovat nedirektivní styl s plným pochopením pro rozvoj jedince po profesní i osobnostní stránce. Pochopení však není možné bez reflexe. A právě reflexe je považována za výsostný nástroj supervize.

1.1.3. Supervize jako nástroj reflexivního učení

Supervize jako vzdělávací model, který započal nadhledem či dohledem jedné osoby nad druhou, se z podoby pouhého mentoringu vyvíjel vlivem psychologických zákonitostí a zejména reflexe, k supervizi v dnešní podobě, kdy žák (stejně jako dospělý v andragogice) má být tím, kdo se aktivně podílí na procesu učení a sám jej ovlivňuje podle svých potřeb.

Reflexe je pro supervizi klíčovým pojmem. Na rozdíl od běžného vzdělávání, které je vedeno k řešení problémů bez hlubšího pochopení souvislostí s vlastním prožíváním a prožíváním klienta či pacienta, je reflexe v supervizi nástrojem vhledu s cílem lepšího pochopení situace. Supervidovaný si lépe uvědomuje své postoje, prožívání, zvyky, které mohou být překážkou při práci s klientem. Havrdová a Hajný (2008, s. 20) uvádí podmínky, za kterých nastane reflexe: zastavení se u významného momentu zkušenosti, zaměření se na tento moment, vystoupení ze zaběhnutých vzorců nazírání a přístupu k věci, po kterém pak následuje otevření se něčemu novému, neočekávanému, co se vynoří.

Reflexe však může být navozena tím, že pro ni budou vytvořeny vhodné podmínky, které má supervize zajišťovat. Pro možnost reflexe musí být vytvořeno bezpečné prostředí, použity vhodné podpůrné nástroje i metody supervizora. Záleží také na jeho osobnostním nastavení a na schopnosti reflexe. Důležitá je i podpora ze strany organizace, podpora skupiny nebo týmu. Supervize na rozdíl od jiných vzdělávacích aktivit klade nároky na iniciativu jedince, na jeho autenticitu a na schopnost reflexe.

Podobnými slovy popisuje tzv. sebeřízené učení Beneš (2014, s. 78). Toto učení popisuje jako učení se ze zkušenosti v rámci každodenního života a učení vztažené na životní svět, zaměřené na organizaci vlastního programu vzdělávání, které má vlastnosti podporující kreativitu, sebepochopení, zodpovědnost, sebeorganizaci. Dále Beneš (2014) uvádí, že dnešní andragogika vidí sebeřízené učení pozitivně, jelikož je v něm obsažena autonomie, nedirektivnost a aktivita učícího se. Tato koncepce mění nároky na učícího se, vyučujícího i vzdělávací organizaci. Vyučující se proměňuje v umožňovatele učení a poradce a stává se tvůrcem prostředí podporujícího učení (Beneš, 2014, s. 80). Supervizor, stejně jako vyučující, se stává nástrojem učení.

Ne vždy je však tato praxe chápána a vyžadována ze strany supervidovaných. Připustit si chyby, hledat řešení, tápat, hledat nedostatky je velmi stresující v prostředí, které nemá bezpečnou atmosféru. Schavel, Hunyadiová a Kuzyšin (2013, s. 11) zdůrazňují účel supervize jako terapii práce nikoliv pracovníka. Supervize má za úkol zlepšovat pracovní proces, pracovní vztah a práci s klienty. Takovýto přístup může pomáhat supervidovaným uvědomit si, že nejsou pod kontrolou toho, jací jsou a jací mají být, nýbrž supervize sama je má osvobodit od nároků, které kladou sami na sebe.

1.2. Definování supervize v kontextu pomáhajících profesí

Pro začlenění supervize do podpory a vzdělávání pracovníků v pomáhajících službách je nejdříve nutné pochopit a především správně vysvětlit pojem supervize v tomto konkrétním kontextu. Samotný význam pojmu supervize může být pro ty, kterým je supervize určena, spíše zavádějící. Jelikož je výraz převzat z latinského *super* neboli „nad“ a *videre* neboli „hledět“, a původně se vztahoval, jak uvádí Havrdová a Hajný (2008, s. 17), na každou situaci, kdy zkušená či pověřená osoba dozírá na průběh činnosti druhé osoby (viz kap. 1), může oprávněně vyvolávat dojem superdohledu či kontroly, a to zejména s rozvojem managementu v oblastech pomáhajících profesích, kdy je kontrola jedním z jeho nástrojů. Tato kontrolní funkce je ale jen jednou z integrujících částí supervize.

V základním dělení dle Kadushina a Harknesse (2002) zastává supervize tři funkce: administrativní (řídící), vzdělávací a podpůrnou. Ačkoliv je administrativní neboli manažerská supervize jen jednou její součástí, původní význam názvu ji nejvíce odpovídá a také činí nejvíce problémů v pochopení významu a přínosu supervize pro pomáhající profese. Jak uvádí Havrdová a Hajný (2008, s. 48), mnozí supervizoři v takovémto pojetí, které vykazuje měřitelný výsledek, vidí omezení tvůrčího potenciálu a poplatnost rozšiřujícímu se „manažerismu“ v pomáhajících profesích.

Supervize tedy není nástrojem managementu, ani mocenské složky organizace, která by jejím prostřednictvím vykonávala moc nad jednotlivci, ale formou celoživotního učení zaměřeného na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí pracovníků s důrazem na aktivizaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí. Jedná se o proces vzájemné spolupráce mezi supervizorem a supervidovaným při společném hledání řešení, pochopení neuvědomovaných souvislostí a pocitů pomocí reflexe, které se pak dále odráží v pracovní činnosti (Matoušek a kol. 2008, s. 349).

K objasnění pojmu supervize v tomto kontextu přispěje spíše popis její funkce, cílů, forem a principů, které jsou náplní následujících dvou podkapitol.

1.2.1. Cíle a funkce supervize

Obecně lze říci, že cíl supervize je shodný s cílem profesního vzdělávání, a to sice rozvoj odborných a osobnostních znalostí, dovedností a postojů pracovníků, které se následně odrážejí ve spokojenosti jejich klientů. Havrdová a Hajný (2008), Hawkins a Shohet (2004) a Kadushin (1992) se shodují v tom, že prioritou supervize je profesionální rozvoj pracovníků a rozšiřování jejich dovedností. Nabízí podporu tam, kde se pracovník dostal při výkonu práce do těžkostí, ať už při řešení obtížných případů či při zvládání pracovního stresu. Jak uvádí Havrdová a Hajný (2008, s. 40), v supervizi vždy hledíme na profesionální činnost, a to vždy z vyšší úrovně než na které činnost s klientem probíhá. Jde tedy o *meta* či *super* „hledění“. V češtině by tedy byl vhodnější překlad nadhled. Pomocí supervize tedy získává pracovník *nadhled* nad svou prací s klientem.

V sociální práci je cílem supervize osobní nasazení pracovníků při řešení problémů jejich klientů. Jak uvádí Schavel, Hunyadiová a Kuzyšín (2013, s. 39), cílem supervize pro sociálního pracovníka je umožnit hledání nových podnětů, perspektiv a možností při řešení složitých případů jeho klientů, a zároveň i možnost, jak zkvalitňovat jeho vlastní práci a předcházet syndromu vyhoření a hledat nová řešení. Schavel, Hunyadiová a Kuzyšín (2013) také poukazují na problém ustrnutí při navyklých jednáních v pracovních situacích, kdy lidé zvládají situace stále stejným způsobem, uchylují se k zaběhaným způsobům řešení – supervize zde má skutečně funkci nadhledu či vhledu do situace.

Kadushin a Harkness (2002) popisují tři základní funkce supervize, které jsou obecně užívány: řídicí supervize, vzdělávací supervize a podpůrná supervize. Jednotlivé typy jsou blíže specifikovány v textu níže.

Řídicí supervize může být označována rovněž jako administrativní, manažerská, normativní. Tato supervize je chápána ve spojitosti s přímou odpovědností za kvalitu práce. Havrdová a Hajný (2008, s. 49) zdůrazňují, že pro nositele takové odpovědnosti je v hierarchii potřeb vždy kontrola kvality práce. Teprve až je tato potřeba naplněna, mohou nastoupit další složky supervize – podpora či vzdělávání. Může být vykonávána i nadřízeným pracovníkem.

Schavel, Hunyadiová a Kuzyšín (2013, s. 42) uvádí, že cílem takovéto supervize je naplnění a přijetí profesních hodnot a supervize tak může mít i funkci

určité kontroly, což může být paradoxem vzhledem k poslání a cílům supervize. Aby se předešlo takto negativnímu chápání supervize, tak navrhuji, aby výstupem z takovéto supervize nebylo sankcionování pracovníka, ale motivace pro zlepšení některých činností (motivace k přijetí změn, postojů, hledání společných alternativ). Supervizor by mohl přebírat některé úkoly v rámci řídicí supervize, které vedou k uspořádání efektivního využití lidských zdrojů, zabezpečení funkčnosti organizace a plnění jejich cílů. Hawkins a Shohet (2004, s. 60) rovněž popisují řídicí funkci supervize jako nástroj kontroly kvality. Supervizor zde plní funkci toho, kdo se spolu s pracovníkem dívá na jeho práci a pomáhá mu vidět to, co dotyčný pracovník nevidí. Supervizor nese zodpovědnost za blaho klientů. Hawkins a Shohet (2004) dále zdůrazňují, že termín řídicí supervize se spíše používá tehdy, je-li supervizor nadřízeným supervidovanému.

Vzdělávací supervize předpokládá, že vzdělávací aspekt je v podstatě přítomen v každé supervizi a vede ke zlepšení odborné kompetence pracovníka při práci s klientem. Objednávka vzdělávání vychází z konkrétního problému či situace, jak uvádí Havrdová a Hajný (2008, s. 52), a na rozdíl od jakéhokoliv vzdělávacího programu, při němž školitel sám nabízí témata přizpůsobená cílům zadavatele, supervize poskytuje spíše nadhled nad procesem učení. Jak dále uvádí Havrdová a Hajný (2008, s. 27) supervidovaný je tím, kdo řídí supervizi a supervizor se mu stává zdrojem a konzultantem jeho vlastního učení. Toto učení se opírá o plán a o stanovené cíle vypracované či dohodnuté společně mezi supervidovaným a supervizorem. Podněty, na co se supervize zaměří, však vychází z příjemce supervize, nikoliv ze supervizora.

Dle Schavela, Hunyadiové a Kuzyšina (2013, s. 43) má vzdělávací supervize přenést využití předpokladů, zručností a schopností supervidovaného do oblasti efektivní práce s klientem. Slouží ke zvyšování odborné kompetence pracovníka a učí ho reagovat na aktuální potřeby klientů, organizace i společnosti. Jak dále uvádí Schavel, Hunyadiová a Kuzyšin (2013, s. 46), posláním supervize je vést pracovníka k rozvoji profesionální identity. Odbornost pracovníka v pomáhajících profesích a jeho chování se odrážejí v interakci pracovník – klient. Cílem vzdělávací supervize je rozvinutí vysoké míry sebepoznání a vlastních dispozic, kterými je pracovník schopen konat ve vztahu pracovník – klient.

Podpůrná supervize poskytuje oporu v prožívání pracovníků vůči klientům. Práce v pomáhajících profesích nese celou řadu emočních nároků. Podpůrná supervize je spojena s citlivým provázením prožitků supervidovaného, projevením porozumění tomu, jak vnímá svou situaci. Bezpečí vztahu mezi supervizorem a supervidovanými usnadňuje uvolnění blokových pocitů a vyladění a otevření ke konstruktivnímu řešení problémů (Havrdová & Hajný et al., 2008, s. 52). Hawkins a Shohet (2004, s. 19) poukazují na skutečnost, že supervize může předcházet pocitu opotřebování, rigidity, zaujímání obranných pozic. Zdůrazňují také, že v profesích, kde je potřeba se hodně vydat, se objevují tyto pocity a postoje velmi snadno. Pocity vyčerpání tak vedou k úpadku standardu práce, z čehož vzniká pocit viny a vlastní neschopnosti, což vede k dalšímu úpadku kvality práce.

Podpůrná supervize zahrnuje péči o ty, kteří péči sami poskytují a cítí se zklamaní a rozčarování. Jedině spokojený pracovník může přinést naději a spokojenost klientovi. Podpůrná supervize přináší úlevu, povznáší, oživuje a zvyšuje spokojenost z vykonané práce (Schavel, Hunyadiová & Kuzyšin, 2013, s. 48).

Dalším typem dělení supervize je dělení podle zodpovědnosti supervizora, které vymezují Baštecká, Čermáková a Kinkor (2016, s. 100–101):

1. **Interní supervize** – představuje odborný dohled a rozvoj profesionality, za který odpovídá supervizor. Většinou je vedena interními pracovníky organizace – tedy interními supervizory, kterými bývají přímý nadřízený, metodický vedoucí nebo odborník v daném oboru. Supervizor velmi dobře zná problematiku oboru a je většinou i zaměstnancem organizace. Tato supervize většinou zachovává v organizačním systému hierarchický vztah, v němž má supervizor autoritu a moc vůči podřízenému.
2. **Externí supervize** – představuje reflexi a rozvoj osobnosti, za který je zodpovědný externí supervizor. Supervidovanému se dostává podpory nezávislého kvalifikovaného pracovníka, který má větší odstup, a tedy i více příležitostí k nadhledu a může lépe zachytit jevy, které nejsou pracovníkovi či organizaci zjevné.

1.2.2. Formy a typy supervize

V uspořádání forem, typů nebo druhů supervize existuje pojmová nejednoznačnost. Schavel, Hunyadiová a Kuzyšin (2013, s. 23) doporučují držet se jisté rigoróznosti při jejich členění. Za formu tedy bude považována – v souladu se Schavelem, Hunyadiovou a Kuzyšinem (2013, s. 23) – vnější podoba supervize a podle obsahu pak její typ.

Podle vztahu mezi supervizorem a supervidovaným dělíme formy supervize na:

- **Vertikální** – zkušenější supervizor pracuje s méně zkušeným supervidovaným, většinou začátečníkem, či podřízeným;
- **Horizontální** – kolegiální supervize, při které si spolupracovníci poskytují zpětnou vazbu, ověřují vlastní postupy. Odehrává se mezi kolegy či pracovníky identické profese.

Podle přítomnosti supervizora dělíme formy supervize na:

- **Přímou** – supervizor sleduje pracovníka při jeho práci s klientem jako pozorovatel nebo může do vztahu vstupovat;
- **Nepřímou** – supervidovaný referuje o svém případě supervizorovi prostřednictvím ústního sdělení či video nebo audio nahrávky.

Podle počtu zúčastněných dělíme formy supervize na:

- **Individuální** – probíhá mezi supervizorem a konkrétním pracovníkem. Je většinou plánovaná, strukturovaná a časově ohraničená;
- **Skupinovou** – jedná se většinou o pracovní skupinu, ve které mají supervidovaní podobné vzdělání, měli by pracovat se stejnou či podobnou klientelou, jejich práce by měla vykazovat společné rysy;
- **Týmovou** – Baštecká, Čermáková a Kinkor (2016, s. 106) ji nazývají externí týmovou supervizí, kdy se schází externí supervizor s členy pracovního týmu.

Gabura (In Schavel, Hunyadiová & Kuzyšin, 2013, s. 35) potom rozlišuje čtyři základní typy supervize:

- **Tutorská** – zaměřená převážně na vzdělávání;
- **Výcviková** – je součástí širě koncipovaného výcviku;

- **Řídící** – supervizor je v nadřazeném postavení k supervidovanému, přebírá část zodpovědnosti za kvalitu jeho práce;
- **Konzultantská** – je dobrovolná, supervize mezi kolegy (peer supervize).

Jednotlivé typy i formy supervize se řídí podle potřeb organizace a jejich pracovníků.

2. Supervize v kontextu konkrétní organizace a práce zdravotní sestry

K pochopení významu supervize pro zdravotní sestry je třeba chápat, jak ovlivňuje organizace, styl řízení i organizační kultura jejich postoje a hodnoty a jaké faktory ovlivňují jejich pracovní spokojenost.

Kultura organizace je jedním z klíčových kontextů, v němž se supervize odehrává. Hawkins a Shohet (2016, s. 165) definují organizační kulturu jako explicitní a implicitní hodnoty a předpoklady, které ovlivňují chování a artefakty různých skupin. Rozlišují mezi nápadnou symbolikou, jako je posláním, logo, prestižní a vzdělávací akce, a symboly nenápadnými, představovanými způsobem řeči mezi členy organizace, vztahy, které se tam vytváří, tématy, která se často objevují a používanými způsoby argumentace.

Rozdíl mezi nápadnou a nenápadnou kulturou může vést k rozporu mezi tím, co se hlásá navenek a tím, co lidé skutečně vidí, slyší a prožívají. Přístup organizace k supervizi může poukazovat jak na zjevné, tak na skryté symboly: zda organizace vůbec supervizi umožňuje, jak probíhá, jak často, zda je tato nabídka jen ve zjevných slovech organizace o trvalém rozvoji a podpoře zaměstnanců a ve skutečnosti se zruší, kdykoliv se naskytne příležitost (Hawkins & Shohet, 2016, s. 166).

Carrol a Tholstrupová (2004, s. 69) se zabývají otázkou, zda mohou poradci a supervizoři pracovat uvnitř organizací a s organizacemi tak, že vytvoří lidštější prostředí k práci a zdravější místa k jejich rozvoji a růstu, a také zda není až příliš troufalé chtít po organizacích, aby do svých posvátných prostor vpustily supervizoři.

Pro pochopení možnosti zavádění supervize do organizací je nutno znát jejich specifika, která jsou blíže představena v následující podkapitole.

2.1. Specifika managementu v neziskových a zdravotnických organizacích.

Na rozdíl od ekonomické a podnikatelské sféry, kde je hlavním výkonem zisk, jsou neziskové organizace zaměřeny na poskytování služeb cílové skupině. Do popředí vstupuje faktor závazku vůči veřejnosti. Pracovníci v malých neziskových organizacích se více orientují na touhu pomoci cílové skupině, než na manažerské znalosti a dovednosti (Bachman, 2011, s. 62). Jedná se většinou o menší organizace,

kde manažerem bývá zvolen jeden z pracovníků, na rozdíl od rozsáhlého managementu ve velkých zdravotnických institucích.

Takovéto malé neziskové organizace se vyznačují liniíovou strukturou řízení, což představuje většinou jednoho nadřízeného a několik podřízených. Podřízení vykonávají stejnou práci. Zdravotnické instituce se naopak vyznačují divizionální strukturou, která je, jak uvádí Bachman (2011, s. 119), typická pro velké organizace s celostátní působností. Pro takovéto organizace je typická strmá organizační struktura s více stupňovým řízením: nižší, střední a vyšší management.

Menší neziskové organizace se vyznačují plochou organizační strukturou. Ploché uspořádání je dáno neformálními aspekty (vyznačujícími se vzájemnou důvěrou, tolerancí, iniciativou, samostatností) a je obecným současným trendem, který s sebou nese delegování úkolů i pravomocí (Bachman, 2011, s. 119). Čím je strmější uspořádání organizace, tím je větší izolace pracovníků od vedení organizace, což se opět projevuje v motivaci a participaci na společných cílech organizace.

Rozdíl mezi neziskovými skupinami a velkými zdravotnickými organizacemi je i ve způsobu samostatného řízení a organizování práce. Bachman (2011, s. 115) uvádí, že státní organizace jsou svázány celou řadou předpisů, navíc se převážně jedná o organizace většího rozsahu s celostátní působností nebo regionálním zaměřením. V neziskovém sektoru se většinou nacházejí tyto dva základní typy: malé organizace do deseti zaměstnanců nebo organizace velké s celostátní působností. Nemocnice a zdravotnická zařízení spadají právě mezi tyto velké organizace, což přináší pro jejich pracovníky řadu specifických problémů.

2.1.1. Struktura organizací ve zdravotnictví

Management ve zdravotnictví a v zařízeních poskytujících zdravotní péči zahrnuje všechny stupně řízení. Na různých stupních řízení v nich působí manažeři, kteří jsou schopni vést lidi, určovat náročné cíle a hledat způsoby, jak jich dosáhnout. Syntézou managementu a ošetrovatelství vznikl management v ošetrovatelství. Jedná se o samostatnou vědní disciplínu, která zahrnuje poznatky o řízení v aplikaci na ošetrovatelství (Kilíková & Jakušová, 2008, s. 22). Vznikl z nutnosti poskytovat lepší zdravotnické služby na úrovni ošetrovatelské péče.

Podle stupně řízení se management dělí na vrcholový (zastoupený hlavní sestrou či náměstkyní pro nelékařské obory), střední (zastoupený vrchní sestrou) a nejnižší, který představuje staniční sestra. Jeho cílem je zajištění kvality péče, která je však posuzována z několika hledisek. Lékař kvalitu ošetrovatelské péče hodnotí podle splnění jeho ordinací, pacient dle jeho subjektivních kritérií, které si nastavil v souladu s mírou svého strádání při uspokojování vlastních potřeb a přístupu personálu ke své osobě.

Ošetrovatelský management pracuje podle závazných profesních norem, kterými jsou ošetrovatelské standardy. Tyto standardy vymezují minimální úroveň poskytované péče a sledují požadovanou normu dle svého zaměření, závaznosti, cíle, kritérií, způsobu kontroly a hodnocení. Podléhají auditu (internímu či externímu), který hodnotí plnění jednotlivých standardů a celkovou kvalitu ošetrovatelské péče (Jarošová, 2000, s. 80).

Práce sestry, která je definována plněním kvality ošetrovatelské péče, je tedy posuzována dle plnění norem (standardů), spokojenosti lékaře s plněním jeho ordinací a subjektivním hodnocením pacienta, jehož kritéria jsou proměnlivá a implicitní v závislosti na vlastním vnímání jeho fyzické či psychické pohody. Většina zdravotnických zařízení má hierarchickou a složitou organizační strukturu. Bártlová (2005, s. 128) popisuje v souvislosti s řízením tři funkční okruhy v nemocnici: medicínský, ošetrovatelský a administrativní, přičemž každý z nich má své představitele. Medicínský má lékaře, ošetrovatelský má zdravotní sestru a administrativní má úředníka. Tyto struktury se vzájemně překrývají a stávají se více komplexními. Tato komplexnost organizačního řízení je navíc zesílena dvěma formami subordinace: personální a profesionální, což vede k tomu, že sestra je podřízena dvěma subjektům: nejen lékaři, jak to vyžaduje medicínský řád, ale také ošetrovatelskému managementu. Toto dvojí podřízení vytváří disfunkční situace a vede k mnoha konfliktům. Bártlová (2005) poukazuje na Rohdeho (1974), který tyto situace popisuje jako chaos v oprávnění vydávat příkazy ve vysoce komplikovaných a rozvětvených komunikačních liniích. O problému dvoukolejnosti managementu zdravotnictví se zmiňují i Kilíková a Jakušová (2008, s. 23), které jej popisují z pohledu sester manažerek. Tyto problémy nazývají „univerzálními faktory“. Patří mezi ně:

- Nedostatek moci v rukou manažerů ošetrovatelství, které má za následek submisivní a nerovnocenné postavení na jednotlivých úrovních řízení a ovlivňuje podíl formální moci při rozhodování ve zdravotnickém týmu;
- Vysoké procento manažerek v ošetrovatelství tvoří ženy, které jsou často diskriminované a jejich návrhy na změny, které ovlivňují rozvoj ošetrovatelství, jsou méně akceptované a přijímané spíše s obavami;
- Dominance medicíny v systému zdravotnictví. To má za následek, že sestra v manažerské funkci je stále považována za pomocnici lékaře;
- Dalšími faktory je ekonomika, a především nedostatek ošetrovatelského personálu.

Ošetrovatelství vzniklo jako samostatný vědní obor, který klade i větší nároky na odbornou přípravu na povolání. Bártlová (2007) poukazuje na konflikt v souvislosti s profesionalizací zdravotních sester: „*Profese sestry v boji o určitou autonomii narážela a naráží na řadu problémů, především na profesi lékařů, která už na jejím poli působí.*“ (Bártlová, 2007, s. 256)

Bártlová (2007, s. 257) dále uvádí, že by bylo velmi nešťastným řešením, kdyby při hledání postavení sestry v nemocnici docházelo ke konfrontaci mezi lékaři a sestrami a dodává, že je třeba dbát na odbornost a autonomii sestry, i když pouze jako na člena týmu v nemocnici.

2.1.2. Pracovní týmy a pracovní skupiny v kontextu zdravotnické praxe

Současná zdravotnická praxe vyžaduje týmovou práci ve formě spolupráce jednotlivců i různých oborů. To s sebou přináší mnoho neshod a konfliktů, které provází potřebu najít a respektovat týmové řešení (Venglářová a kol., 2011, s. 83).

Hayesová (2005, s. 19) popisuje tým, jako uznávanou základní jednotku organizace práce s obrovským potenciálem. Týmy mohou mít mnoho podob a různé funkce. Hayesová (2005) popisuje 4 typy týmů:

1. **Produkční** týmy – sestávají se z pracovníků zapojených do výroby či služby, jejich práce je spíše rutinní, s účelem zajistit plynulé plnění produkce či služeb. Většinou se řídí samy nezávisle na zbytku instituce;

2. **Realizační/vyjednávací týmy** – složené z vysoce specializovaných jedinců a vytvořené ke splnění odborného úkolu. Role každého člena je jasně definována. Do této kategorie lze zařadit i práci ve zdravotnictví, která se vyznačuje nutností operativně řešit složité a někdy i nepředvídatelné situace, kdy každý člen může využít své specializace a svých zkušeností k realizaci a splnění úkolů;
3. **Projektové týmy** – většinou časově ohraničené k vytvoření určitého projektu;
4. **Poradní týmy** – plní úkoly v otázkách organizace práce a rozhodování v oblasti top managementu (Hayesová, 2005, s. 23–24).

V dnešní době se často prezentuje pracovní jednotka jako tým a rovněž celé organizace vykazují týmovou práci. Ne jinak je tomu ve zdravotnictví. Hayesová (2005) však poukazuje na fakt, že ne každá pracovní skupina lidí je týmem. A vyzdvihuje pozitivní funkci skupiny a její vliv na členy. *Pracovní skupinu* definuje jako skupinu lidí, kteří spolu pracují v přátelském duchu, ale bez koordinace, bez společných cílů a bez vědomí týmové práce.

Mikuláščík (2015, s. 274) poukazuje na význam pracovní skupiny, která je pro jedince významnou součástí jeho života, závislou na délce času, který v ní jedinec tráví. Poskytuje jedinci interpersonální vztahy, uspokojení z vlastní identifikace, seberealizaci a uznání v rámci skupiny, profesní a cechovní sounáležitost, hrdost a loajalitu.

Každá skupina si vytváří své skupinové normy. Tyto normy se tvoří většinou nevědomě z dohadů a přesvědčení o povaze práce jejich členů, z implicitního očekávání ze strany managementu pod vlivem požadavků, které si skupina sama klade. Některé normy nejde ani správně slovně vystihnout, přesto je členové tuší a řídí se jimi. Normy pomáhají vnímat smysl skupiny, udržovat hladký průběh činnosti pro její členy a předvídatelnost chování členů skupiny, definují přijatelné sociální chování mezi členy. Normy také pomáhají vyhnout se konfrontacím, které by ohrozily skupinu jako celek a vytvářejí tak pro členy bezpečné prostředí. Skupinové normy také pomáhají skupině přežít v době ohrožení tím, že zachovávají její osobitost a odmítají odchylky, které by ji ohrožovaly. Jestliže členové chrání jedinečnost své skupiny, mohou si být jistější svou rolí (Hayesová, 2005, s. 40–43). Zdravotní sestry se vyskytují převážně v prostředí pracovní skupiny.

2.1.3. Identifikace se skupinou a týmem v pojetí zdravotní sestry

Pro zdravotní sestru je důležité do pracovní skupiny patřit, protože to zvyšuje její osobní konformitu, předvídatelnost chování jejích kolegů i pocit sounáležitosti, který je v chaosu různých nařízení rozvětveného managementu nezbytný pro její psychiku a upevnění sociálních vazeb. Na druhé straně ji ovšem ohrožuje situace, že ji skupina nepřijme, či odvrhne, proto má obavu chovat se jinak, než je skupinou akceptováno.

Naproti tomu členové pracovního týmu se vyznačují rozlišnými dovednostmi, zodpovědnostmi, kompetencemi, zastávají různé pozice a postavení v organizaci. Podstatou týmu je různorodost, která je koordinována k efektivnosti (Hayesová, 2005, s. 48). I přes moderní přístup k budování týmů ve zdravotnictví dochází ke stereotypům ve vztahu lékař – sestra. Dalo by se říci, že společný cíl, pečovat o pacienta, usnadňuje týmovou práci, ale ve skutečnosti přináší celou řadu problémů pramenících z nepochopení rolí a zodpovědností v rámci moderního lékařství a ošetrovatelství. Lékaři se potýkají s názorem, že by ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich oblastí a vnímají sestru jako jim podřízenou odbornou pracovníci (Bártlová, 2005, s. 148).

Týmy je nutno vytvářet a zejména v týmu vyjednávacího typu může docházet k interakcím, které při oslabeném postavení sestry v týmu mohou přinášet osobní nepohodu až psychické zranění. Jakou roli zaujímá sestra v týmu? Může se cítit jako rovnocenná vedle lékaře? Bártlová (2005, s. 149) poukazuje na výsledky průzkumu Alan Rosensteinové v časopise *American Journal of Nursing* (2002), který se zabýval atmosférou vztahu lékař – sestra, a zkoumal jaký vliv na spokojenost sester má nevhodné chování lékařů. Výsledky ukazovaly na lékaře jako na rušivou, stresující sílu na pracovišti, a kladly si otázku, zda lékaři sami vědí, jak nepříznivě ovlivňuje jejich každodenní interakce pracovní spokojenost sester? Rovněž Venglářová (2011, s. 84) poukazuje na specifika týmu ve zdravotnictví, především na historicky nastavený hierarchický systém. V nemocnicích však mohou být i zvlášť týmy lékařů a týmy sester. Pokud jsou dobře fungující a mají pozitivní interakce s nečleny týmu, mohou dobře navzájem spolupracovat. Moderní řízení nemocnic

směřuje k této spolupráci i k propojení jednotlivých profesí na různých stupních vzdělání.

Ve zdravotnictví je ovšem stále nejvíce rozšířena skupinová práce. Venglářová (2011, s. 85) tento fakt bere jako pozitivní formu spolupráce v přátelském duchu. I ona poukazuje na časté zaměňování týmu s pracovní skupinou, což může být nevýhodou při stanovování společného cíle a zejména při nastavení supervize ve zdravotnictví. Rozlišuje proto týmy a pracovní skupiny.

2.1.4. Týmová a skupinová práce ve vztahu k supervizi

Pro pochopení rozdílu mezi týmovou a skupinovou supervizí musíme pochopit mechanismy působící v obou těchto seskupeních. Jak uvádí Venglářová (2011, s. 84), zdravotnické týmy mají svá specifika, jelikož zde panuje hierarchický systém, který se daří jen postupně zprůchodnit i po vertikální ose. Ve zdravotnictví se setkáváme spíše se skupinovou formou spolupráce. Nevýhodou skupin, jak uvádí Baštecká, Čermáková a Kinkor (2016, s. 88), je slabší pocit podpory sounáležitosti k celku. Jedincům ve skupině tak může unikat celkový smysl práce a poslání organizace. Chybí propojenost s dalšími členy týmu a tím se snižuje i podpora pracovní zátěže.

Tyto rozdíly je nutno brát na zřetel i při zavádění supervize pro zdravotnické pracovníky. Týmová supervize bude mít jiná pravidla a cíle než supervize skupinová.

K pochopení tohoto problému je třeba rozlišovat, co je pracovní tým a je nutné pochopit, co je pracovní skupina. Při zkoumání těchto rozdílů je třeba pochopit, jaký vliv má pro členy skupina, co ji drží pohromadě, zda je vůbec možné do ní proniknout. Skupina se řídí svými normami, díky nimž členové znají smysl skupiny, který vede jejich chování a určuje způsob interakce s osobami mimo skupinu (Hayesová, 2005, s. 42). Členové skupiny nechtějí své problémy vynášet mimo skupinu, protože by jim mohlo hrozit, že nebudou u ostatních členů skupiny v oblibě. Jako skupina se její členové cítí jistější, než jako jedinci. Povaha organizace či managementu často znemožňuje propojení členů skupiny s členy týmu, či převedení skupiny na tým. Děje se tak například zdržováním informací pracovníkům na nižších pozicích, čímž vytváří soudržnost skupiny spojenou touto negativní zkušeností: *„Pokud je supervidovaná práce v týmu nebo tým samotný jako námět supervize, jdou všichni zúčastnění daleko více s kůží na trh. To je pravděpodobně jednou z příčin,*

proč se zdravotní sestry zdráhají takových forem supervize využívat.“ (Venglářová a kol., 2013, s. 54)

Hayesová (2005, s. 50) uvádí, že účinná komunikace slouží k odstraňování bariér mezi členy týmu. A to nejen sdělením úspěchů týmu, ale i problémů a překážek. Zadržením těchto informací a nepřizváním k řešení problémů se upírá pracovníkům, kteří jsou oficiálně nazváni jako součást týmu, rovnocenné postavení s ostatními členy týmu. Tyto problémy však souvisí spíše se stylem řízení a se strukturou zdravotnických organizací, které mají vliv na práci, na postoje i na sebepojetí zdravotní sestry.

2.2. Vliv organizace na postoje a hodnoty zdravotní sestry

Při popisu faktorů, které ovlivňují práci zdravotní sestry, se často věnuje pozornost jejímu vztahu s pacientem, lékařem a pracovní skupinou či týmem. Je třeba však věnovat pozornost i tomu, jak celá organizace působí na práci zdravotní sestry a na její sebepojetí a sebevědomí.

Nemocnice jsou velké organizační jednotky, spravovány formálním hierarchickým vedením. Formální organizace Keller (1997, s. 11) popisuje jako uměle vybudovaný prostředek koordinace většího množství lidí za určitým účelem. Formálnost organizací lze spatřovat v tom, že principy jejich fungování jsou stejné, ať se jedná o výrobní organizaci, či armádu, nemocnici, vědecký ústav apod.

Všechny tyto formální organizace vznikají za účelem koordinovaného, ustáleného chodu, nezávislého na výměně konkrétních osob. Každá osoba v systému musí být nahraditelná, aniž by to poškodilo chod celé organizace. V takovýchto organizacích většinou neexistuje bezprostřední vztah mezi profesním výkonem, výkonem organizace a sociálním vzestupem zaměstnance.

V případě organizací byrokratického typu je výkon těžko měřitelný a viditelné bývají spíš hrubé omyly a chyby zaměstnance. Strategií v těchto podmínkách bývá podávání průměrného výkonu a snaha vyvarovat se hrubých chyb. Kariéra zaměstnanců je pak výrazně závislá na odhalených chybách (Keller, 1997, s. 162).

Tato skutečnost však nekoresponduje s přáním zdravotních sester o uznání jejich výkonu a angažovanosti. Právě absence uznání a ohodnocení jejich práce bývá jednou z příčin syndromu vyhoření. Venglářová (2011, s. 24) uvádí jako první varovný

příznak syndromu vyhoření pocit pracovníka, že svou práci nezvládá a zpochybňování významu a smyslu jeho práce. Pokud se snaží a chce pracovat co nejlépe a místo ocenění je poukazováno jen na jeho chyby, pak se nutně musí dostavit pocit vyčerpanosti a frustrace. Chyby a přiznání potřeby pomoci a opory jsou problémy, které zdravotní sestry nerady přiznávají, protože je ohrožují.

Mezi organizační a systémové podmínky, které podporují vznik syndromu vyhoření dle Venglářové (2011) patří:

- nedostatek ocenění (hmotného i lidského) – pokud sestra vydá víc energie, než dostane;
- chování nadřízených – necitlivý přístup;
- špatné vztahy na pracovišti;
- přetíženost z důvodu malého počtu personálu;
- práce v rigidním prostředí, které nechrání, ale jen nutí;
- nevyhovující pracovní podmínky;
- přenášení zodpovědnosti na sestru mimo její kompetence (Venglářová a kol., 2011, s. 11).

Havrdová, Šolcová, Hradcová a Rohanová (2010) poukazují na problémy ve zdravotnictví a sociálních službách v souvislosti se stoupajícími nároky na pracovníky, aniž by se jim dostalo adekvátní podpory ze strany vedení organizací. Poukazují na stále výrazný odliv zdravotních sester z oblasti zdravotnictví. Tento trend stále pokračuje i přes snahy o zastavení odlivu pomocí vyšších platů. Nespokojenost a odliv pracovníků ovšem závisí i na celé řadě dalších faktorů, které souvisejí s organizací práce. Zdůrazňují šest vtypovaných oblastí, které mohou být pro pracovníka zdrojem syndromu vyhoření: jedná se o pracovní zatížení, omezená možnost kontroly nad vlastní prací, ocenění práce, vztahy v organizaci, spravedlnost v organizaci a hodnoty vnímané pracovníkem ve vztahu k hodnotám organizace.

Havrdová, Šolcová, Hradcová a Rohanová (2010, s. 246–247) popisují výsledky výzkumu ohledně sociálních pracovníků a pracovníků ve zdravotnictví v souvislosti s vnímáním těchto šesti oblastí. Vnímání spravedlnosti, hodnot, ocenění i vytíženosti bylo příznivěji hodnoceno pracovníky sociálních služeb. Zejména významné byly rozdíly ve vnímání hodnot. Pracovníci sociálních služeb častěji poukazovali na shodu jejich hodnot a hodnot organizace, a to v oblasti pomoci

a rozvoje pracovníků. Pracovníci ve zdravotnictví naopak často neuvedli vůbec žádnou hodnotu, podobně neuváděli hodnoty ani u dalších položek dotazníků.

Havrdová, Šolcová, Hradcová a Rohanová (2010) poukazují na nižší schopnost zdravotníků uvést jejich hodnoty na rozdíl od sociálních pracovníků, kteří toto téma otevřeně reflektovali. Dodávají také, že zdravotničtí pracovníci zřejmě nejsou tolik podporováni organizacemi v komunikaci o práci a v sebereflexi jako sociální pracovníci. Dále poukazují na rozvoj kultury učící se organizace v sociálních službách, podporu studia pracovníků v těchto službách a rovněž podporu pomocí externí supervize, která vede k většímu souladu hodnot obou stran – zaměstnavatele i zaměstnance a tím i k vyšší spokojenosti v práci.

Je ovšem nutné zabývat si i dalšími jevy, které ovlivňují práci zdravotních sester a mají vliv na kvalitu péče o pacienty: jsou to zejména stres a syndrom vyhoření, který souvisí jak s organizačními podmínkami, tak i s osobnostním nastavením pracovníka v pomáhajících profesích (známého také jako syndrom pomocníka).

2.3. Faktory ovlivňující práci zdravotních sester

Stálý odliv pracovníků ze zdravotnictví, ať už lékařů či zdravotních sester, a velmi malý počet absolventů nastupujících do praxe, svědčí o velkých problémech, které zdravotnictví má. Böhmová ve Zdravotnickém deníku (2019) uvádí zprávu z Ústavu zdravotnických informací a statistiky o tom, že v akutní péči chybí již 2 024 sester a v ostatní lůžkové péči dalších 251. Pokud se však k tomu připočítá objem přesčasové práce, chybí pak dalších 3 000 sester.

Na otázku, zda je to způsobeno malým zájmem o studia či odchodem sester po studiu do jiných oborů, odpovídají odborníci, že obojí je pravda. Podle průzkumu organizace HCI (2016) měla zájem v roce 2016 nastoupit do nemocnic jen třetina studentů posledních ročníků středních a vyšších odborných zdravotnických škol a necelá polovina vysokoškoláků. Častými důvody k odchodu ze zdravotnictví je zklamání a únava, která se dostaví brzy po nástupu do zaměstnání. Tyto problémy vyplývají jednak z organizačně náročné povahy práce, ale také z pracovního přetížení, nedostatku ocenění a velmi náročné práce po stránce fyzické i psychické. Všechny tyto faktory přispívají ke stresu, který dále může přerůst v syndrom vyhoření.

2.3.1. Stres v profesi zdravotní sestry

Práce zdravotní sestry klade velmi vysoké nároky na jedince ať už po tělesné či psychické stránce. Je řada povolání, která vykazují buď fyzickou, nebo jen psychickou náročnost. Kombinace obou v plné míře má velký vliv na opotřebovávání organismu a na nutnost regenerace. Dále je potřeba zmínit také náročnost třísměnného provozu, který znemožňuje pravidelný kontakt s přáteli a s rodinou a podílení se na běžném životě. Venglářová (2011, s. 47) udává ještě i požadavek na neustálé vzdělávání se a učení se novým dovednostem. Pokud se ještě přidají problémy ve vztazích na pracovišti a problémy v každodenním životě, může se stát, že se pracovník dostane do nadměrného stresu.

Jednou z definic stresu, kterou uvádí Venglářová (2011, s. 48) je dlouhodobá, setrvalá, tělesná nebo duševní zátěž, která vzniká kvůli přehnaně vysokým nárokům nebo škodlivým podnětům. Faktory, které způsobují stres v pomáhajících profesích (Venglářová a kol., 2011, s. 51), jsou zejména tyto:

- Přebírání a řešení problémů druhých;
- Nadměrná touha po uznání;
- Události, které ohrožují vlastní sebevědomí;
- Události, které nemá člověk pod kontrolou;
- Negativní situace přisuzované vlastnímu selhání.

Lze říci, že náročné pracovní podmínky už samy o sobě mohou být stresory. Mikuláščík (2015, s. 66) je toho názoru, že stresem není nějaký podnět, který na nás působí, ale naše reakce na tuto situaci. Člověk pocítuje bezmoc, čím více se mu zdá situace nekontrolovatelná.

Naopak Leiter a Maslach (in Maroon, 2012, s. 17) ve své studii zabývající se problematikou syndromu vyhoření, nepovažují stres a s ním související syndrom vyhoření za jev, který by vycházel z individuálního stavu jedince, nýbrž za jev, který je způsoben specifickými rysy daného prostředí a profesionálními nároky na plnění povinností. V této souvislosti lze připomenout Kodex všeobecných sester, který je různě modifikován, ale například v učebnici Ošetřovatelství (Plevová a kol., 2011) je v tomto kodexu zmiňováno, že sestra má na sebe při výkonu povolání klást vždy nejvyšší možné požadavky a rovněž tak má usilovat o nejvyšší možný standard

ošetřovatelské péče v mezích možností dané situace, podílet se na úsilí chránit zdraví a podávat vysokou kvalitu sesterské péče (Plevová a kol., 2011, s. 218).

Je pochopitelné, že tlak na vysokou kvalitu práce musí být podpořen i kvalitními pracovními podmínkami. Maroon (2012, s. 18) zmiňuje jako zdroj vyhoření rozpor mezi tím, jak je vnímána skutečnost jedincem a tím, jaká je skutečná realita pracovního dne a uvádí, že stres vzniká v důsledku těchto faktorů:

1. zdroje jsou v ohrožení, čímž jsou myšleny lidské zdroje;
2. ztrácejí se (nezaměstnanost);
3. nejsou dostatečné pro dané úkoly a nepřinášejí žádoucí výsledky.

Maroon (2012) dále poukazuje na skutečnost, že pokud adekvátně odměňování lidé, jejichž práce požaduje vysokou míru profesionality, mají k dispozici více osobních zdrojů, lépe odolávají tlaku. Náročná práce velmi zatěžuje zdroje pracovníka a dochází k vyčerpání (tělesnému i psychickému). Proto je třeba tyto zdroje kultivovat a chránit před vyčerpáním, a navíc má tato podpora vycházet ze strany nadřízených, kolegů či supervizorů.

O vlivu organizace na stres zaměstnanců pojednávají i Pines a Aronson (in Maroon, 2008, s. 27), kteří považují za příčiny stresu na pracovišti:

- těžké tělesné podmínky;
- nadměrnou zátěž na pracovišti (subjektivní či objektivní);
- mezilidské vztahy (chování nadřízených vůči podřízeným či vzájemné vztahy mezi spolupracovníky);
- klima na pracovišti a organizační strukturu (nedostatek konstruktivní kritiky, nutnost pouze přijímat rozhodnutí);
- kariérní postup (nevhodná politika služebních postupů, nepřiměřený status zaměstnanců);
- konflikty rolí uvnitř organizace, jejich nejasné rozdělení.

Hawkins a Shohet (2000, s. 169), zabývající se vlivem kultury organizace na jedince, popisují klasičtější kulturu péče v nemocnicích jako kulturu, která se zaměřuje na úkol a méně na osobní vazby. Tato organizace – nemocnice má vypracované strategie a postupy pro každou eventualitu. Nemocniční kultuře přisuzují úsilí o byrokratickou výkonnost, která se ovšem nezabývá éthosem nemoci a léčení, ale fungováním mechanismu.

Na roli stresu a zejména pracovního přetížení, bylo poukázáno jako na jeden z hlavních důvodů, proč sestry opouštějí svou práci. Chang a Hancock (2005) uvádí následující faktory, které ovlivňují míru stresu u zdravotních sester: vysoké nároky na práci a nízké podpůrné vztahy, nedostatek základních zdrojů (včetně ošetrovatelského personálu) a malá možnost mít práci pod vlastní kontrolou.

Je-li člověk vystaven stresovým faktorům intenzivně či dlouhodobě, může situace přecházet v chronický stres – stresory působí nepřetržitě na člověka delší dobu, aniž by měl dotyčný možnost se zotavit (Stock, 2010, s. 18). Důsledkem dlouhodobého stresu je pak syndrom vyhoření.

2.3.2. Syndrom vyhoření

Pojem syndrom vyhoření je často spojován s náročnou prací v pomáhajících profesích, které se vyznačují velkou psychickou zátěží. „*Syndrom vyhoření bývá způsoben výhradně chronickým stresem a dlouhodobou disbalancí mezi zátěží a fází klidu, tedy mezi aktivitou a odpočinkem.*“ (Stock, 2010, s. 15)

V případě ošetrovatelství se k tomu přidává i fyzická zátěž. Syndrom vyhoření má celou řadu definic. Maroon (2008, s. 25-26) popisuje společné prvky definic syndromu vyhoření:

- individuální průběh;
- jedná se o vnitřní duševní proces;
- fyzické, ale i psychické a emocionální vyčerpání s následkem pocitu lhostejnosti;
- odosobnění pomáhajícího vůči klientovi;
- negativní vztah vůči sobě a svým výkonům, cynismus;
- ztráta tvořivosti, neschopnost řešit problémy, vyhýbání se problémům;
- vyhoření je chronické, nelze jej překlenout odpočinkem či dovolenou;
- představuje rizikový faktor pro vznik celé řady nemocí.

Příčiny syndromu vyhoření

Co se týká výzkumu syndromu vyhoření, existují dvě hlavní východiska, a to z pohledu klinické psychologie, která syndrom vyhoření hodnotí jako jev způsobený osobnostními rysy jedince, a z pohledu sociální psychologie, která tvrdí,

že k vyhoření dochází v důsledku působení vnějších vlivů, a to především práce a pracovního prostředí (Maroon, 2008, s. 15).

Pojem vyhoření zavedl v roce 1974 psychoanalytik Herbert Freudenberger, který pozoroval při práci v pomáhajících oborech fyzické a intelektuální vyčerpání, způsobené neustálou mentální zátěží, které následně způsobuje změny v postojích, citech a osobnosti postiženého. Přisuzoval predispozici k vyhoření mentálnímu nastavení jedince, jako je komplex méněcennosti, citová deprivace v dětství, touha po lásce (Maroon, 2008).

Sociální psychologie naopak nepovažuje za těžiště problému zvláštní individuální stav jedince, ale naopak specifické rysy daného prostředí a nároky na plnění profesních povinností. Novější teorie vidí příčinu vyhoření v nedostatku zdrojů, které by mohly čelit tlaku k plnění profesních povinností. Jelikož při práci v pomáhajících profesích dochází ke spotřebování zdrojů, je třeba tyto zdroje chránit a kultivovat. Friedman (2000, s. 596) poukazuje na selhání jedince v oblasti kognitivně emočního vnímání vlastní nedostatečnosti, nedosažení spokojenosti, ztrátu sebenaplnění. Vyhoření podkopává pocity sebekontroly a cílevědomosti, které jsou nutné pro sebeúčinnost. Organizace pak může svým tlakem na vnější kontrolu podkopávat vlastní kontrolu zaměstnance nad jeho prací a tím oslabovat spojení mezi pracovníkem a úkolem. Možnost vlastní kontroly se natolik sníží, že pracovníkovi se nedostává možnosti ovlivnit cokoli, co se na pracovišti děje. To má za následek nižší angažovanost pracovníka. Pokud zaměstnanci cítí emocionální vyčerpání, přestávají pracovat a rozvíjejí depersonalizované vztahy ke klientům, méně se podílejí na cílech organizace a jsou více náchylní k odchodu z profese. Maroon (2008, s. 22) k tomu dodává, že se u pracovníka dostaví komplex méněcennosti, pocit nekompetentnosti a vyloučení a dochází u něj k dehumanizaci, kdy ztrácí spojení s identitou klientů a také svojí.

Jako prediktory vyhoření zkoumali Leitr a Maslachová (1988, s. 305) také emocionální vyčerpání způsobené konfliktem rolí a nepříjemnými vztahy s nadřízenými. Dle jejich výzkumů byla depersonalizace vyšší u zaměstnanců, kteří byli více emočně vyčerpání a kteří měli více nepříjemných kontaktů s nadřízenými a méně příjemných vztahů se spolupracovníky.

Matoušek (2008, s. 57) popisuje některé charakteristické rysy pracovišť, které přispívají k výskytu syndromu vyhoření u jejich pracovníků. Jedná se o místa, kde:

- není věnována pozornost personálu a jeho potřebám;
- chybí supervize;
- není příležitost sdělit nadřízenému (či některé z kompetentních osob) problémy, na které pracovník narazil a poradit se ohledně řešení;
- vládne soupeřivá atmosféra;
- existuje silná byrokratická kontrola chování personálu.

Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky syndromu vyhoření nejsou považovány za nemoc, ale za varování, které je nutné zavčas rozpoznat a zabývat se jím, protože často uniká pozornosti či je rovnou potlačován. Maroon (2008) zmiňuje příznaky vyhoření dle Maslachové a Jacksonové (1981), které dělí do třech skupin:

- Emocionální vyčerpání – pocit bezmoci, deprese, beznaděje;
- Depersonalizace – ztráta pozitivních emocí, chlad vůči klientovi, který již není vnímán jako lidská bytost;
- Nízká výkonnost – negativní postoj k sebepojetí, seberealizaci.

Tyto faktory jsou pak popisovány jako obranné mechanismy člověka, pokud pracovník nemá nástroje, jak jinak si s těžkou situací poradit. Právě supervize v takových situacích může pomocí sebereflexe, dialogu, vnímání vlastních pocitů a sdílení problémů působit jako prevence syndromu vyhoření.

Fáze syndromu vyhoření

V rámci prevence syndromu vyhoření je potřeba znát fáze vyhoření. Jednotlivé fáze popsala řada autorů. Maroon (2008, s. 38) tyto fáze shrnul do pěti fází, které se postupně vyvíjejí:

- Fáze entuziasmu a naděje – jedná se o počáteční fázi, kdy je pracovník v nové práci plný nadšení, nedokáže rozpoznat hranice a identifikuje se s klienty;

- Fáze stagnace – práce zaměstnance nenaplňuje, dělá jen ty nejnnutnější práce, začíná se zajímat o finanční odměnu, vyhovující pracovní dobu, kariérní postup a profesní vývoj;
- Fáze frustrace – produkce protichůdných emocí, rozčarování nad neschopnosti klientovi pomoci;
- Fáze lhostejnosti – lhostejnost vypěstovaná jako přirozená obrana proti frustraci. Pracovník je z práce zklamán, ale uvědomuje si, že ji potřebuje z existenčních důvodů. Nerad se pouští do nových úkolů, které v něm vzbuzují obavy, není spokojený se svým postavením.
- Fáze konce – odchod ze zaměstnání jako východisko, nebo delší dovolená či změna pracoviště, nebo vzdělávání pro rozvoj vlastních kompetencí a kariérní posun.

Leitr a Maslachová (1988, s. 299) potvrzují, že zkušenosti s vyhořením vedou k tomu, že se zaměstnanci méně angažují a zvyšuje se pravděpodobnost, že přestanou pracovat. Pokud se zaměstnanci cítí emocionálně vyčerpání, začnou rozvíjet depersonalizované pohledy na lidi, o které pečují, neplní povinnosti tak, jak mají, nepodílí se na přijímání či dosažení cílů organizace ve které pracují a jsou náchylní k odchodu z práce, a to jak fyzicky, tak i psychicky. Géringová (2011, s. 92) poukazuje na syndrom vyhoření jako na důsledek jednání, typického pro pomáhajícího, které má své kořeny v syndromu pomocníka.

2.3.3. Syndrom pomocníka

Pravděpodobnost vyhoření souvisí s uspokojením se svou prací. Odborníci v pomáhajících profesích investují do své práce nejen svou odbornost, ale i osobnost. Pinesová a Yafeová (2001, s. 171) pojímají volbu povolání jako komplexní proces, který v sobě zahrnuje zájmy, schopnosti, ambice, zdroje a potřeby jedince. Důležitou složkou při volbě povolání jsou i nevědomé procesy jedince, jako je rodinná minulost. Schmidbauer (2015, s. 23) dává do souvislosti motivaci k povolání s depresemi v dětství, které se pak odráží v sebepojetí jedince.

Podobně Venglářová (2011, s. 75) uvádí, že syndrom pomocníka souvisí s motivací pracovat v pomáhajících profesích a je třeba se tomuto tématu věnovat z důvodu ochrany zdravotníků, což prospěje nejen jim samotným, ale i pacientům a klimatu soukromých vztahů.

Struktura osobnosti je v pojetí psychoanalýzy systémem obran. Schmidbauer (2015, s. 16) popisuje tyto obrany jako neschopnost projevit vlastní city a potřeby, které se stávají součástí osobnostní struktury, a hledá původ těchto obran v neuspokojivém dětství. Odmítnuté dítě v jedinci shrnuje mnoho sil, které se projevují v syndromu pomocníka. „*Jde o to, že pomocník sám pro sebe odmítl otevřít se emocionální oblastem, ve kterých se cítí slabý, nedokonalý a nucený. Chce být silný, mít za sebou výkony, dokázat svou hodnotu a své schopnosti.*“ (Schmidbauer, 2015, s. 31)

Tyto touhy způsobují pocit bezmocnosti, který však souvisí s odmítnutým dítětem v pomocníkovi. Pracovníkovi, který se nenaučí rozlišovat mezi perfekcionalismem, který mu diktuje jeho „nadjá“, a realistickými nároky na pomáhání ve své profesi, rychleji hrozí vyhoření (Schmidbauer, 2015, s. 17). Syndrom bezmocného pomocníka souvisí se selháním hodnotových postojů a náhledů na sebe samého. Tento náhled na sebe sama a s tím souvisejícím vztahem k pacientovi či kolegům je jedním z účelů supervize. Venglářová (2011, s. 75–77) doporučuje zabývat se otázkami motivace k povolání nejen u zdravotníků, ale u všech pracovníků v pomáhajících profesích, které podobně jako Schmidbauer (2015) nazývá pomocníky. Pro lepší uchopení této problematiky člení motivaci do tří skupin:

1. Pomoc bez nároků, tedy archaicky řečeno pomoc bližnímu člověku;
2. Pomoc jako atraktivní povolání, což souvisí s perspektivou, zájmem o profesi;
3. Pomáhání za účelem sycení vlastních potřeb, především potřeby uznání, moci a kontroly nad jinými.

Pokud se pomáhání stává nástrojem sycení vlastních potřeb, může dojít i ke zneužití klientů, roste riziko neprofesionality a vznikne syndromu vyhoření. „*Pokud mi práce pomáhá najít sebe a moje hodnota jako člověka je spojena výhradně s tím, že dokážu něco udělat pro druhé, je to těžký boj.*“ (Venglářová a kol., 2011, s. 77)

Dostavuje se pocit nedocené práce, potřeby pochvaly, uznání. Práce pak neplní základní potřebu pomocníka po uznání za obětavost, a pracovník se pak cítí víc a víc frustrovaný a přehlížený. Nabízí se otázka, proč dosud neexistuje podpora pro pracovníky ve zdravotnictví, která by mohla eliminovat tyto negativní faktory? Jak koncepčně řeší management ošetrovatelství zjevné problémy zdravotních sester,

které se projevují náchylností k syndromu vyhoření? A jakou formu supervize zavést? Tyto otázky vedou k problematice správného nastavení supervize v ošetrovatelství.

2.4. Supervize v ošetrovatelství

V českém zdravotnictví není supervize dosud legislativně ukotvena, etablována ani vymezena. Otázkou zavádění supervize do ošetrovatelství se zabývají i představitelé vědního oboru a managementu v ošetrovatelství. Předmětem jejich zájmu i bádání je otázka, kdo má supervizi vést. Pohled z pozice odborníků v ošetrovatelství poskytují Vaňková a Bártlová (2015a, s. 41), které upozorňují na nedostatečně propracovanou teorii, jasnou konceptualizaci a empirický výzkum v zavádění supervize do ošetrovatelství v České republice.

Otázkou je, zda navázat na některý se stávajících směrů uplatňovaných v zahraničí, či převzít supervizní modely užívané v psychologii a sociálních službách, což však Vaňková a Bártlová (2015a, s. 40) uvádějí jako komplikaci při ukotvení supervize především významem a obsahem v ošetrovatelství. Odvolávají se na historický a zahraniční vývoj supervize v ošetrovatelství, který podporuje a zdůrazňuje všechny tři funkce – vzdělávací, řídicí i podpůrnou s důrazem na nutnost ponechat vedení supervize v rukou profesionála v ošetrovatelství. Poukazují na práci psychiatrické sestry J. Travelbee z roku 1969, která tuto problematiku nazvala jako “uniprofesní koncept”, v němž považuje za naprosto neakceptovatelné, aby supervizi v ošetrovatelství prováděli profesionálové z jiných oborů, kteří pro supervizi v ošetrovatelství nejsou kompetentní (Vaňková & Bártlová, 2015a, s. 42). Supervizor je dle této koncepce zaměstnancem nemocnice či fakulty a vykonává tuto činnost na plný úvazek. Měl by mít pedagogické dovednosti, ale i odbornou erudici.

Vaňková a Bártlová (2015a) dále poukazují na zkušenosti s klinickou supervizí v zahraničí, která je představována dvěma modely – evropským a severoamerickým. *Severoamerický model* klinické supervize vychází ze vztahu mezi nadřízeným a podřízeným, tedy administrátorem, který je zodpovědný za výkon svého supervidovaného. Supervidovaný je zde pojat jako začínající pracovník, tedy někdo, kdo se zapracovává. Takto pojatá supervize vykazuje formální hierarchickou strukturu, nejedná se tedy o vztah mezi kolegy či vrstevníky. Jako supervizoři

zde vystupují střední články managementu – vedoucí či směňové sestry (Vaňková & Bártlová, 2015a, s. 44).

Tento model nese zcela jednoznačně podobu manažerské, administrativní supervize. Janíková a Bužgová (2017, s. 365) pokládají tento severoamerický model za podobný českému mentoringu či vzdělávací supervizi pro adaptaci nových pracovníků. Vaňková a Bártlová (2015a, s. 45) samy tento model označují za nevhodný v pojetí supervize jako emancipačního procesu a poukazují na jeho kontrolní a dohlížecí funkci v diskurzu k evropskému modelu.

Evropský koncept naopak pokládá supervizi za platformu, prostor pro reflexi a sdílení jak osobních, tak i mezilidských aspektů ošetrovatelské péče. Tento model si klade za cíl podpořit a rozvíjet sestry v jejich kompetentnosti a reflexivitě v ošetrovatelské péči. Je rovněž pojmán jako aktivita sester o sestřích a pro sestry (Vaňková & Bártlová 2015a, s. 44). Tuto evropskou koncepci autorky Vaňková a Bártlová (2015b) rozvíjejí tím, že se zabývají metodickým rámcem pro efektivnější vymezení a legitimitu supervize pro ošetrovatelství v České republice. Zdůrazňují zde problematiku supervizora pro ošetrovatelství.

2.4.1. Otázka vedení supervize v ošetrovatelství

V oblasti ošetrovatelství Vaňková a Bártlová (2015b) neskrývají obavy z monopolizace již existujících organizací, zajišťujících supervizi, které již zadefinovaly supervizora včetně podmínek jeho profesionality uvnitř těchto organizací, a odsunuly tak vně ty, kteří budou stereotypizováni do role příjemců supervize. Vaňková a Bártlová (2015b) se přiklánějí k možnosti, aby se supervizorem v ošetrovatelství s odkazem na zkušenosti ze zahraničí stal interní pracovník ošetrovatelského týmu, tedy zkušená, odborně znalá sestra či sestra manažerka.

V roli externí supervizorky by měla vystupovat sestra s dlouholetými i praktickými zkušenostmi v ošetrovatelství obecně. Dále také poukazují na možnost zahrnout supervizi do kurikula jednotlivých studijních programů pro nelékařské pracovníky na vysokých školách. V supervizi spatřují rovněž možnost kariérního růstu a vertikální mobility sester. Nejen představitelky ošetrovatelství, ale i další zdravotničtí pracovníci, zejména lékaři, se zabývají nutností zavedení supervize do zdravotnictví. Vycházejí však z potřeb zdravotníků samotných a řeší kvalifikovanou pomoc zejména s důrazem na externí a podpůrnou formu této pomoci.

Světlák a Suchý (2011, s. 303) hovoří o psychologické péči o zaměstnance. Poukazují na paradoxy psychologické péče o lékaře a sestry, která končí jejich nástupem do zaměstnání. Tedy v době, kdy ji potřebují nejvíce. Na teoretické úrovni se s ní setkali během studia, kdy byli spíše v kontaktu s představami než se skutečnou praxí.

Dalším paradoxem je skutečnost, že většina postgraduálních vzdělávacích programů, zabývajících se psychologickými tématy, klade akcent na potřeby a pocity pacienta, ale prožíváním a pocitům lékaře či sestry, které z těchto situací plynou, se nevěnuje. Pokud se lékaři či sestry ozvou s žádostí o pomoc a podporu formou supervize, programů pro duševní zdraví či seberozvoje (což je spíše nepravděpodobné, jak uvádí Světlák a Suchý (2011, s. 304)), dostane se jim ze strany vedení negativní pozornosti ohledně jejich vlastního selhávání. Pokud není toto téma odtajněno, tak potřeba pomoci pracovníků ve zdravotnictví je brána i jimi samotnými jako osobní selhání a prohra. Pokud mají povědomí o podpůrných skupinových setkáních a sami je vyžadují či navrhují, pak na tato setkání nechodí, zejména pokud je účast dobrovolná. Nejen pracovníci, ale ani vedení nemocnic neznají dobře benefity těchto skupinových setkání, a z časových a finančních důvodů je sami od sebe nepodporují. Pokud od vedení nemocnice k takovému druhu podpory dojde, považují to zdravotníci za další druh kontroly, která je hlavním cílem byrokratického vedení. Pokud však ke skupinovým setkáním dojde, zdravotníci s odstupem času reflektují tato setkání jako velmi přínosná (Světlák & Suchý, 2011, s. 305).

Je tedy otázkou, zda by na takovéto stavy a psychologické potřeby vyplývající z povolání zdravotníka, které uvádí např. Světlák a Suchý (2011) jako je syndrom vyhoření, stress, popírání emocí k utrpení druhých, kladení přehnaného důrazu na administrativní stránku dokumentace ze strany vedení, únava, nervozita, pocit bezmoci a marnosti, strach a zlost v popřené nevědomé formě, pocity vyčerpání a viny, nedůvěra v ostatní (a zejména sám v sebe) – byla adekvátní supervize s akcentem na oborovou autonomii, navrhovaná představitelkami ošetrovatelství či zda by byla lepší raději supervize mezioborová, kdy supervizor není vtažen do této pracovní problematiky a dokáže si udržet větší odstup a nadhled a umožnit tak i supervidovaným nahlížet jiné pohledy na situaci.

Venglářová (2013, s. 20) zhodnocuje klady a zápory supervizora, který má zkušenost s danou profesní oblastí, kterou superviduje. Většinou si takového pracovníka poptávají organizace, které vidí výhodu a přínos takto profesně

zinteresovaného supervizora. Zdůrazňují to, že si dovede představit náročnost jejich profese, má zkušenosti, které může přinést, pracovníci sami nemusí dlouze vysvětlovat své problémy. Jako riziko uvádí zúžené vidění praxe díky podobnému pracovnímu prostředí a podobnou „provozní slepotu“ jako mají supervidovaní.

2.4.2. Odbornost supervizora

Nedílnou součástí profesionalizace supervizora je účast na sebezkušenostním a supervizním výcviku. „*Mezi profesionální zručnosti supervizora patří rozsáhlý výcvik a bohaté zkušenosti v práci s klientem, které mu pomohly získat širší perspektivu v oboru.*” (Schavel, Hunyadiová & Kuzyšín, 2013, s. 52)

Supervizor výcvikem získává širokou škálu metod a typů intervencí, ze kterých dokáže správně vybrat na základě potřeb supervidovaných. Schavel, Hunyadiová a Kuzyšín (2013) poukazují i na pedagogickou zručnost supervizora: „*Dobrý supervizor má vlastnosti dobrého učitele – umí dobře aplikovat učební teorie, oceňuje snahu supervidovaného učit se (...)*“ (Schavel, Hunyadiová & Kuzyšín, 2013, s.52).

Již z těchto potřeb a situací vyplývá požadavek na profesionalitu a osobnost supervizora. Janíková a Bužgová (2017, s. 371) poukazují nejen na osobnost supervizora, ale i na jeho nezávislost jako na součást poskytované supervize, která tak ovlivňuje kvalitu a efektivitu pro supervidované. Poukazují také na situaci v České republice, kde je supervizor definován velmi nejednotně, což má za následek nejasné určení podmínek provádění supervize. Například Český institut pro supervizi sdružuje supervizory, které splnili velmi náročné požadavky pro registraci včetně vysokoškolského vzdělání humanitního směru nebo medicíny, 13 let praxe v pomáhajících profesích, ukončený akreditovaný psychoterapeutický výcvik, ukončený nebo probíhající akreditovaný supervizní výcvik, určitý počet splněných hodin vlastní supervize i práce pod supervizí a další. Hawkins a Shohet (2016, s. 185) rovněž poukazují na nezbytnost supervizního výcviku a navrhují, aby každá pomáhající organizace zavedla trvalý výcvikový program pro supervizory. Tímto lze předejít tomu, aby zaměstnavatel pro supervizi využíval i pracovníků, kteří pro tuto práci nemají profesní ani osobnostní předpoklady.

Venglářová (2013, s. 22) zdůrazňuje nutnost nezaměňovat roli supervizora, tutora, mentora, psychoterapeuta a nadřízeného, a rovněž tak interní a externí formu

supervize. Pojímá supervizi jako pohled zvenčí, nadhled. Supervize tedy má přicházet zvenčí, což neznamená z jiného pracoviště téže organizace. Pokud zaměstnavatel volí supervizora z řad zaměstnanců, je vše třeba řádě projednat se supervidovanými. Je tedy otázkou, kdo je pro pracovníky v ošetrovatelství vhodný pro roli supervizora?

Osobnost supervizora v ošetrovatelství

Osobnost supervizora a jeho profesní způsobilost je jedním z ústředních bodů zavádění supervize do zdravotnictví a tím i do ošetrovatelství. Jak uvádí Marková (in Havrdová & Hajný et al., 2008, s. 178), můžeme ve zdravotnictví nalézt dvojí typ supervizora. První typ představuje profesionála, který má většinou praxi ve zdravotnictví a speciální supervizní přípravu a do zdravotnického zařízení vstupuje jako externista, jehož výhodou je širší rozhled v oblasti pomáhajících profesích a s tím související nadhled nad problémy, které zařízení má a nabízí tak i větší bezpečí pro supervidovaného.

Druhý typ supervizora je pracovník zařízení, většinou nadřízený, který má zase dobrý přehled o práci supervidovaných a dokáže poskytovat lepší zpětnou vazbu při reflexi jejich práce. Jak bylo uváděno výše, jedná se tak o řídicí supervizi, která s sebou nese celou řadu rizik pro supervidovaného, včetně pocitu kontroly. Schavel, Hunyadiová a Kuzyšin, (2013, s. 79) poukazují rovněž na možnost interního supervizora v organizaci, tedy nadřízeného, či pracovníka pověřeného vedením, ovšem za předpokladu jeho supervizní kompetence jako odborné činnosti. Tento pracovník by měl mít i stanovenou povinnou supervizi s externím supervizorem, tedy supersupervizi.

Dobrý supervizor by měl absolvovat sebezkušnostní výcvik a výcvik v supervizi, měl by umět využít širokou škálu supervizních intervencí, které dokáže vybrat na základě potřeb supervidovaných. Jeho úspěšnost se odvíjí od jeho kreativity při využívání adekvátních technik, jakými jsou např.: brainstorming, hraní rolí, modelování situací nebo řízenou reflexi (Schavel, Hunyadiová & Kuzyšin, 2013, s. 83). Ne každý odborník v určité profesi může být i dobrým supervizorem. Tato profese vykazuje mimo nároků na profesionalitu, i jisté nároky na osobnost a zralost takového člověka.

Sebezkušenostní výcvik jako podmínka dobrého supervizora

Dobrý supervizor v pomáhajících profesích musí tedy disponovat jednak vlastnostmi, které jsou charakteristické pro pracovníka v pomáhajících profesích (především empatie, altruismus, ochota pomáhat, schopnost mezikulturní práce, flexibilita výběru metod při intervencích), ale musí také být i dobrým učitelem a poradcem. Respektuje své supervidované jako osobnosti a rozvíjející se profesionály. Má smysl pro humor, kterým dokáže překlenovat těžké úseky vzájemné spolupráce, jak uvádí Schavel, Hunyadiová a Kuzyšin (2013, s. 80). Kocourek (in Eis, 1995, s. 84) vnímá supervizora, jako dostatečně zralou osobnost, která má porozumění pro vlastní osobnostní problémy a je schopna naslouchat jak sama sobě, tak i druhým. Tuto osobnostní zralost je však třeba brát v kontextu dovedností, které člověk získává formou sebezkušenostního výcviku, který je i součástí profesionalizace supervizora.

Géringová (2011, s. 52) popisuje, co získává pomáhající pracovník, který prošel sebezkušenostním výcvikem: získává náhled na své chování díky informacím, které souvisí s jeho osobností, pochopí vlastní emoční reakce na nevyřešené problémy a zasuté konflikty. Účastník výcviku je pak schopen přijmout vlastnosti, které dříve považoval za nepřijatelné a to jak u sebe, tak i u druhých. To mu umožňuje lépe vnímat a chápat problémy druhých. Z toho vyplývá, že tato osobnostní zralost má být znakem profesionalizace supervizora, a tedy i nástrojem jeho práce, jelikož mu umožňuje objektivně se orientovat v problematice supervidovaných. Pokud sám není schopen reflexe a nadhledu, nedokáže k tomu přivést ani účastníky supervize.

2.4.3. Podmínky zavádění supervize do ošetrovatelství

Při zavádění supervize do organizací je důležité probudit zájem o rozvoj strategie a praxe supervize. Hawkins a Shohet (2016, s. 180) v této souvislosti poukazují na skutečnost, že nelze řešit problém organizace, oddělení nebo týmu, pokud oni sami neuznávají potřebu vlastní změny. Pracovníci nebudou považovat řešení za vlastní, pokud se neztotožní s problémem. Odhodlání ke změně musí přijít zevnitř organizace, a to na všech úrovních.

Při zavádění supervize je nutné počítat i s odporem pracovníků ke změně a nastavit správně formu supervize tak, aby přinášela užitek a splnila svůj účel. Vědět, jaký užitek má supervize přinášet organizaci. Hawkins a Shohet (2016, s. 184) zdůrazňují, že při rozvoji strategie supervize je důležité vědět, na co se zaměřit a jakou prioritu má supervize zaujmout vzhledem k jiným úkolům.

Na základě dostupných sekundárních zdrojů lze tedy konstatovat, že mezi hlavní současné problémy zdravotníků patří vyčerpanost vlastních zdrojů, stres, syndrom vyhoření a vysoká fluktuace a s tím spojený nedostatek personálu ve zdravotnických zařízeních. Rovněž tak problémem je byrokracie, styl řízení a uplatňování moci. Při uvažovaném zavádění supervize do ošetrovatelství je potřeba znát postoje zdravotních sester k supervizi, resp. potřeby, které má naplňovat a problémy, které mohou být bariérou pro její úspěšné provádění. Tyto znalosti jsou důležité i pro supervizory, kteří vedou supervize se zdravotními sestrami či jiným personálem v přímém styku s pacienty nebo klienty a neznají kontext svých problémů ve spojitosti s jejich prací. To nás dovádí k výzkumné části práce, která si klade za cíl alespoň částečně objasnit otázky, které vyplynuly ze studia sekundárních zdrojů.

3. Metodologie kvalitativního výzkumu zabývajícího se významem supervize pro zdravotní sestry

Výzkum si klade za cíl ověřit, jak supervize popsaná v teoretické části odpovídá požadavkům či potřebám zdravotních sester a zda ji i ony vnímají jako přínosnou. Tato kapitola tedy nejprve představí východiska a hlavní cíle výzkumné části této práce. Po vytyčení cíle a výzkumné otázky budou stanoveny a popsány metody sběru dat a způsob analýzy dat.

3.1. Východiska, cíle a otázky výzkumu

Východiskem práce je zamyšlení se nad otázkou zda teoretické poznatky týkající se supervize lze použít i v praxi zdravotních sester a zda by takto odpovídala i jejich potřebám. Z teoretické části práce vyplývá, že práce zdravotní sestry vykazuje podobnou míru pracovní i psychické zátěže, jako mají ostatní pracovníci v pomáhajících profesích, a tudíž je více než vhodné, aby i zdravotní sestry byly příjemci supervize. Tato indikace k supervizi byla popsána v souvislostech se specifickými problémy, které se vážou k ošetrovatelské profesi. Jak již bylo konstatováno v kapitole 2.4. snahou některých představitelk oboru ošetrovatelství je zavést koncepčně supervizi do ošetrovatelství. Otázkou však je, kdo by měl tuto supervizi vést. Představitelky ošetrovatelství upřednostňují supervizi v ošetrovatelství jako činnost sester pro sestry, před supervizory z jiných profesí.

Předmětem výzkumu tedy bude zjistit, jak samotné zdravotní sestry vnímají supervizi v kontextu své práce, zda odpovídá jejich potřebám a kdo by měl podle nich supervizi vést.

Účel výzkumu má dle Hendla (2016, s. 147) rozhodovat o tom, čeho chceme dosáhnout a proč je toho zapotřebí. Tento konkrétní výzkum vyplynul z každodenní praxe autorky práce, která jako bývalá zdravotní sestra a současná supervizorka v sociálních službách vidí velký potenciál v supervizi pro zdravotní sestry, jejíž konkrétní forma doposud není nikde stanovena. Výzkum si klade za cíl objasnit postoje, očekávání či názory zdravotních sester na supervizi. Díky tomu lze předpokládat, že přinese poznatky, které povedou k většímu pochopení prožívání

zdravotních sester či jejich vymezování se vůči supervizi a ve výsledku ke zkvalitnění supervizní práce s touto cílovou skupinou.

Cíl práce

Hlavním cílem této práce je tedy zjistit, zda podstata a teoretické vymezení supervize reflektují skutečné potřeby zdravotních sester v praxi.

Díličními cíli práce potom jsou:

- pochopení, jaký význam přikládají zdravotní sestry supervizi;
- porozumění potřebám zdravotních sester v souvislosti s nabídkou supervize;
- aplikovat zjištěné skutečnosti do praxe supervizora ve zdravotnictví.

Výzkumné otázky

Na základě doposud získaných teoretických poznatků se nabízí následující hlavní výzkumná otázka: „*Jaký význam přikládají zdravotní sestry supervizi?*“

Tato výzkumná otázka bude upřesněna pomocí výzkumných otázek, které budou zkoumat přínos tří druhů supervize pro zdravotní sestry – vzdělávací, podpůrné a řídicí a bude zkoumáno, jaký vliv mají tyto supervize na práci zdravotních sester a jak jsou sestrami chápány.

Výzkumná otázka tedy bude rozložena na několik specifických podotázek, které se zaměří na vzdělávací, podpůrnou a řídicí supervizi a na to, jak na její nabídku reagují sestry:

1. Nakolik jsou sestry ochotné aktivně se podílet na svém dalším vzdělávání určováním vlastních témat? Za jakých podmínek?
2. Jakým způsobem vnímají zdravotní sestry podporu nabízenou při řešení jejich problémů související s prací v pomáhající profesi?
3. Jaký význam přikládají zdravotní sestry organizované kontrole jejich práce s cílem jejího zkvalitnění?
4. Kdo by měl, podle zdravotních sester vykonávat supervizi v ošetrovatelství?

Hypotéza

Hlavní hypotézu výzkumu lze formulovat následovně:

„Zdravotní sestry vítají supervizi s významnou podpůrnou složkou, vzdělávací a řídicí funkce supervize pro ně není tolik důležitá“.

Tato hypotéza vychází z předpokladu, že zdravotní sestry si jsou vědomy problémů souvisejících s jejich prací a vnímají absenci jakékoliv pomoci při jejich řešení, stejně jako si uvědomují vysokou míru pracovního vytížení a stresu. V důsledku toho lze tedy, na základě výše uvedených teoretických poznatků, předpokládat, že právě takováto forma profesionální podpory, tj. supervize s akcentovanou podpůrnou složkou, bude nejlépe reflektovat jejich potřeby. Ověření stanovené hypotézy a zodpovězení výzkumné otázky bude provedeno pomocí kvalitativního výzkumného šetření.

3.2. Volba výzkumné metody

Vzhledem k povaze výzkumu se jako nejvhodnější metoda ukázal kvalitativní přístup. Tento přístup umožňuje setkat se přímo s lidmi, kterých se problematika týká, vidět jejich reakce, přímo s nimi hovořit a v průběhu rozhovoru upřesňovat otázky k lepšímu porozumění jejich prožívání a jednání.

Jak uvádí Hendl (2016, s. 48), hlavním úkolem kvalitativního výzkumu je pochopit, jak lidé v daných situacích a prostředí chápou co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak si uzpůsobují své každodenní interakce a aktivity. Miovský (2006, s. 19) zdůrazňuje fenomenologické východisko kvalitativního přístupu, které považuje zkoumanou realitu jako konstruovanou našimi představami o ní, tudíž naše poznání zkoumané reality je omezené a zatížené určitou mírou zkreslení. Vztah mezi poznávacím subjektem a předmětem jeho poznávání je vzájemně spjatý. Proces poznávání je interaktivním procesem, ve kterém se všechny jevy ovlivňují navzájem. Proces poznávání má tedy více interpretativní charakter než objevovací (Miovský, 2006, s. 20). Z toho vyplývá, že získané poznatky budou vázané na osoby, které poskytly data v určitém čase, v určitém kontextu, za určitého osobního nastavení při vzájemné interakci mezi výzkumníkem i účastníky výzkumu. Nemohou být proto zobecnitelná jako neměnná skutečnost, která je platná pro všechny. Mohou však být vodítkem k pochopení jak lidé jednají, a jak se v daném prostředí či situaci ubírají

k chápání toho, co se děje (Hendl, 2016, s. 48). Z této skutečnosti také vychází i nutnost výběru vhodných metod ke sběru dat.

Metody použité ve výzkumu

Pro získání dat byla zvolena **metoda moderovaného rozhovoru**, který Miovský (2006, s. 155) řadí mezi jednu z nejvýhodnějších metod pro získávání kvalitativních dat. Z terminologického hlediska používá výraz interview, kterým označuje moderovaný rozhovor, na rozdíl od běžného rozhovoru. Moderovaný rozhovor je prováděný s určitým cílem a za účelem výzkumné studie. Takovýto rozhovor lze vést s jedním, maximálně se třemi osobami. Pokud se rozhovor vede se čtyřmi anebo více osobami, jedná se o skupinový rozhovor nebo o ohniskovou skupinu (Miovský, 2006, s. 157).

V praxi byla realizována metoda **moderovaného rozhovoru** se dvěma respondentkami a **skupinový moderovaný rozhovor** se čtyřmi respondentkami a **ohnisková skupina** se čtyřmi respondentkami. Celkem se tedy výzkumu zúčastnilo deset respondentek. Zvoleno bylo polostrukturované schéma, které tvořilo určité množství přesně zadaných otázek. Miovský (2006, s. 160) toto minimum otázek nazývá jádrem interview, které tvoří minimum témat a otázek, které si tazatel klade za povinnost probrat. Jádro interview bylo dáno přesně stanovenými otázkami, které byly pokládány všem respondentům ve stejném pořadí. Přestože byl dán všem respondentům dostatečný prostor pro vyjádření odpovědí na otázky, chybělo ještě větší sebevyjádření respondentů a spontánní interakce mezi nimi, které by mohly přispět bohatšími daty. Vzhledem ke zkušenostem výzkumníka s vedením skupin a především s dynamikou skupiny byla zvolena ještě jedna metoda sběru dat, a sice **ohnisková skupina**. Miovský (2006, s. 175) v souvislosti s ohniskovými skupinami uvádí jejich přínos v kolektivním výzkumu názorů, hodnot i přání určité cílové skupiny.

3.2.1. Analýza dat

Odpovědi jak moderovaného rozhovoru se dvěma respondentkami, tak moderovaného rozhovoru se čtyřmi respondentkami, budou vyhodnoceny dohromady, jelikož byly pokládány stejné otázky. V ohniskové skupině byly čtyři respondentky, kterým byly položeny stejné otázky jako respondentkám v moderovaném rozhovoru tentokrát za účelem vyvolání diskuze mezi

respondentkami na dané téma. Výzkumné otázky byly tedy i tématy k diskuzi v ohniskové skupině. Při analýze výsledků se budeme zabývat analýzou, komparací a především interpretací nasbíraných dat k pochopení nejen samotného diskursu jedince, ale i jeho prožívání. Při analýze dat bude postupováno v souladu s doporučeními dle Hendla (2016, s. 285):

- Provedení hloubkových rozhovorů se zvolenými jedinci, které budou zaměřeny na jejich konkrétní zkušenosti a prožitky;
- Výzkumník bude zkoumat esenci jejich zkušeností;
- Hledání společných rysů u respondentů – společné zkušenosti, názory, očekávání, sdílené problémy;
- Popis prožívaných zkušeností, který umožní druhým vcítit se do popisované situace, což ve výsledku přispěje k porozumění zkoumaného fenoménu;
- Následně výsledky výzkumu transformovat do podoby doporučení pro aplikaci v každodenní praxi supervizorů ve zdravotnictví.

S metodami sběru dat souvisí i význam a role výzkumníka jak uvádí Hendl (2016, s. 147). Dále např. dle Miovského (2006, s. 70) je výzkumník a jeho činnost organickou součástí celého výzkumného procesu a klíčovým tématem validity výzkumu je pochopení a analýza vlivu výzkumníka na tento proces výzkumu.

3.2.2. Pozice a role výzkumníka

Výzkumník se stává součástí a hybatelem celého výzkumu. Miovský (2006, s. 73) uvádí, že výzkumník sám sebe využívá jako nástroj ke kreativnímu modelování výzkumné situace. Vzájemná pozice mezi ním a účastníky výzkumu je rovnocenná. Pro výzkumníka to znamená vytvořit důvěrnou atmosféru, sám se otevřít a vnímat otevřeně všechny odpovědi i názory. V případě ohniskové skupiny výzkumník také vstupuje do interakcí a podněcuje kreativní i kritické myšlení účastníků. Vzhledem ke zvolenému tématu se v praxi následně ukázalo, že se nejednalo o pouhý výzkum, ale o hluboce lidské setkání s lidmi, kteří byli ochotni otevřít se a mluvit o svých názorech.

V praxi bylo nutné oprostít se od jakýchkoliv subjektivních názorů či zkušeností s výzkumnou problematikou. Ať už se jednalo o zkušenosti se supervizí nebo prací zdravotní sestry. Miovský (2006, s. 71) poukazuje na nutnou autoreflexi

vlastní práce, motivů i prožívání, jelikož je výzkumník vystaven určitému zkreslení skrze vlastní emoce, vztahy a prožívání. Přirovnává tento proces autoreflexe k procesům známým z psychoterapeutických výcviků, což v tomto případě byla pro výzkumníka již zažitá zkušenost vzhledem k jeho práci supervizora. Podobně s rolí výzkumníka srovnává i validitu kvalitativního výzkumu Pyettová (in Miovský, 2006, s. 259), která poukazuje na výzkumníka jako na klíčový nástroj validity, kterou musíme pojímat v kontextu posouzení jeho teoretické vybavenosti, praktické dovednosti a osobní zralosti.

3.2.3. Validita výzkumu

Validita bude zmíněna ve spojitosti s rolí a pozicí výzkumníka. V kvalitativním výzkumu je jeho validita závislá na tom, jak pravdivě a přesvědčivě je prezentován zkoumaný jev (Čermák & Štěpaníková, 1998). Kromě role výzkumníka a jeho schopnosti sebereflexe a reflexe procesu výzkumné práce lze zajistit i validitu skrze použití více metod výzkumu. Validita skrze užití více metod sběru dat může předcházet zkreslení výsledků, pokud se ukáže jedna metoda jako nedostatečná k získání dostatečně kvalitních dat (Mioviský, 2006, s. 265). V praxi byly použity metody skupinového moderovaného rozhovoru a ohniskové skupiny. Validita rovněž souvisí i s vybraným vzorkem respondentů. Tyto je nutno vybrat tak, aby data získaná z jednotlivých případů bylo možné konfrontovat či porovnat s teorií (Mioviský, 2006, s. 270) a aby odpovídala vzorku, který dostatečně reprezentuje reálné prostředí, jehož se výzkum týká.

3.2.4. Strategie výběru respondentů

Při zvolení respondentů výzkumu bylo hlavním kritériem, aby respondentem byla zdravotní sestra, která pracuje ve zdravotnické organizaci a má zkušenosti s prací na lůžkovém oddělení. Tato práce se vyznačuje větší obtížností a zátěží jak po psychické, tak i po fyzické stránce. Vzhledem k tomu, že 97,5 % zaměstnaných na pozici zdravotních sester jsou ženy (ČSÚ, 2016), tak ve vzorku respondentů jsou zahrnuty také jen ženy. Výzkumný vzorek sestával z 10 respondentek – zdravotních sester z Olomouckého kraje, které pracovaly v menších nemocnicích nebo jiných zdravotnických zařízeních. 6 respondentek mělo středoškolské a 4 respondentky

vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání. Věkové rozpětí respondentek bylo od 33 do 58 let s praxí delší než 10 let.

Při kombinaci záměrného a příležitostného výběru se jako nejlepší jeví metoda sněhové koule, která zde byla také použita. Základním východiskem pro získání respondentů je kontaktování prvních osob, díky předchozímu osobnímu kontaktu samotným výzkumníkem (Miovský, 2006, s. 131). V praxi bylo tedy postupováno metodou sněhové koule, kdy byly získány první respondentky z řad zdravotních sester, které výzkumník znal. Tyto pak přivedly své bývalé či stávající kolegyně nebo spolužačky ze školy. Výsledkem bylo to, že se vždy některé sestry znaly, což nebylo nijak na škodu výzkumu a v rámci ohniskové skupiny to bylo dokonce i přínosem, neboť to eliminovalo přirozené bariéry, které vznikají mezi neznámými lidmi. Setkání v rámci ohniskové skupiny navozovalo prostředí podobné pracovnímu kolektivu. Výzkumník nejdříve oslovil dvojici respondentek, které znal a ty daly kontakty na své známé nebo kolegyně.

3.2.5. Etika výzkumu

Při výzkumu bylo dbáno na vytvoření důvěrnosti, která, jak uvádí Švaříček a Šedřová (2007, s. 45) znamená, že nebudou zveřejněna data, která by umožnila identifikovat účastníky výzkumu. Badatel by měl o zachování důvěrnosti ubezpečit i všechny účastníky výzkumu. Kromě principu důvěrnosti je důležité i získání souhlasu od účastníků výzkumu. V praxi to znamenalo, že výzkumník zdokumentoval souhlas účastníků nahrávkou na diktafon v souladu s doporučením dle Švaříčka a Šedřové (2007, s. 46). I přes souhlas účastníků s výzkumem si výzkumník kladl za prioritu dodržet anonymitu respondentek a to především z důvodu, aby respondentky nemohly být spojovány s některým ze zdravotnických zařízení, či jménem samotného výzkumníka. Jak uvádí Hendl (2016, s. 157) pouhá anonymita není zárukou zachování soukromí účastníků, jelikož se mnohé informace dají odhalit ze souvislostí. Z toho důvodu nebyly přepsány některé údaje v rozhovorech, které by mohly respondentky identifikovat. Výpovědi účastníků byly použity pouze pro výzkum. Ve výsledcích výzkumu se nikde – ani v prepisech odpovědí – neobjevují žádné jejich identifikační údaje. K identifikaci respondentů bylo použito anonymní označení R1 – R6 pro účastníky moderovaného rozhovoru a označení ROS (respondent ohniskové skupiny) pro 4 respondentky ohniskové skupiny.

3.3. Realizace a průběh výzkumného šetření

V rámci výzkumu byly realizovány dva moderované rozhovory a jedna ohnisková skupina. Moderovaných rozhovorů se zúčastnilo celkem 6 respondentek a ohniskové skupiny 4 respondentky. Celkem se tedy výzkumu zúčastnilo 10 respondentek. Průběh rozhovorů i ohniskové skupiny byl – po předchozím souhlasu s účastí ve výzkumu i souhlasu s pořízením nahrávky – nahráván na diktafon.

Nejdůležitější pro samotný výzkum bylo, po vytvoření výzkumného vzorku, sestavení vhodných otázek pro moderovaný rozhovor. Tyto otázky měly najít dostatečné odpovědi na výzkumnou otázku a tím také dosáhnout cíle výzkumu. Jelikož byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, bylo nutné vytvořit otázky tak, aby vedly k otevřeným odpovědím a také aby podněcovaly respondentky k reakcím. Každá otázka měla několik podotázek, které vedly respondentky buď k odpovědi, zamyšlení či vyprávění.

V zadání otázek pro respondentky nebyl explicitně použit pojem supervize, protože bylo možné se domnívat, že některé respondentky nebudou znát tento pojem nebo s ním nebudou mít zkušenost. Pojem supervize byl tedy upraven do jiné formy, která vysvětlovala její podstatu a význam. Výjimkou byl dotaz na asociaci ke slovu supervize. Jak při rozhovoru, také při skupinovém rozhovoru nebo ohniskové skupině se vždy postupovalo podle plánovaných otázek, vždy ve stejném pořadí.

V případě skupinového rozhovoru se čtyřmi respondentkami bylo dodrženo i přesné pořadí dotazovaných osob a výzkumník sledoval, aby všechny měly dostatečný čas na odpovědi. To bylo dosti náročné na udržení pozornosti výzkumníka i respondentek, které v několika případech pouze souhlasily s odpověďmi svých předchůdkyň. Proto byla operativně zvolena jiná metoda pro další plánovaný skupinový rozhovor, a sice ohnisková skupina, která dávala respondentkám možnost se volně vyjadřovat k daným otázkám, aniž by musely dodržovat pořadí mezi sebou. Každá měla prostor odpovědět, kdy chtěla, navzájem se doplňovaly, odpovídaly si a dokonce nacházely nové vhledy do některých situací. Bylo stanoveno pravidlo, že nemá mluvit více respondentů naráz, ale někdy při živějším rozhovoru bylo obtížné toto udržet a některé části odpovědí na audiozáznamu zanikaly. I přesto lze hodnotit ohniskovou skupinu velmi pozitivně, protože přinesla nové poznatky, vhledy a interakce mezi respondentkami, kterými se otvíraly k bohatšímu i kritičtějšímu myšlení.

4. Výsledky realizovaného šetření

V této kapitole budou představeny výsledky realizovaného kvalitativního výzkumu. Odpovědi respondentek byly rozděleny na základě tematických okruhů vyplývajících z výzkumných otázek. V první části této kapitoly jsou představeny výpovědi respondentek, které se účastnily moderovaného rozhovoru. V druhé části jsou představeny výpovědi respondentek – účastnic ohniskových skupin. A v další části jsou výsledky syntetizovány.

4.1. Moderovaný rozhovor

Respondentky moderovaného rozhovoru jsou označeny R1, R2, R3, R4, R5 a R6. Citace z rozhovorů budou uvedeny kurzívou v uvozovkách. Otázky používané v rozhovoru jsou uvedeny v příloze č. 1.

Stávající vzdělávání sester v organizaci

Z odpovědí vyplynulo, že vzdělávání sice ve zdravotnických organizacích probíhá, ale je ho málo. Sestry by uvítaly, kdyby ho bylo více, ale aktivně ho nevyhledávají, spíše využívají to, co jim nabídne zaměstnavatel. Pouze jedna respondentka uvedla, že si vyhledává vzdělávání aktivně sama.

R5: „*Ne, není dostatečné. To, co potřebuji, si vyhledám sama. Našla jsem si psychologické semináře na syndrom vyhoření, asertivitu, péči o umírajícího, ale od zaměstnavatele nemám žádné podobné.*“

Všech 6 respondentek uvádělo, že nabídka vzdělávání (seminářů) se nevěnuje tématům, která potřebují, a také že poznatky získané na seminářích nelze navíc využít v praxi.

R2: „*Vždycky se tam dá něco najít, ale je to tak půl na půl, ale není to obohacení v pravém slova smyslu. Povykládá se teoreticky všechno, ale praxe je o něčem jiném.*“

Samostatné zadávání témat ke vzdělávání formou dialogu se vzdělavatelem či skupinového vzdělávání

Z odpovědí vyplynulo, že takovéto vzdělávání by respondentky jednoznačně přivítaly, ale muselo by to být cílené do jejich praxe i oboru a od člověka,

který je v dané tématice odborníkem a má zkušenosti přesně s tím pracovním problémem, který by chtěly řešit. Důraz na odborníka kladly všechny respondentky, většinou také i požadavek, aby to byla zdravotní sestra. Skupinové vedení bylo bráno jako velký přínos i kvůli zpětné vazbě.

R4: *„Bylo by to fajn, že by se to takhle dělalo, bylo by to přínosem určitě. A pro mě takový vedení, jak mám pro příště postupovat.“*

R3: *„Když jsme byli na semináři v jiné organizaci stejně zaměřené, tak bylo na tom semináři nádherně vidět, kdo tam pracuje a kdo ne.“*

Pracovní proces, náročnost práce a možnost podpory

Respondentky uváděly, že jsou se svou prací spokojené a kromě jedné respondentky, si nestěžovaly na pacienty, spíše se s nimi stavěly do jednoho tábora proti těm, co je vyrušují při práci (lékaři, ostatní pracovníci oddělení, nadřízení, návštěvy, dobrovolníci, studenti):

R2: *„Myslím, že potřebujeme respekt, uznání naší práce, tím pádem, aby nám ta protistrana dala prostor a taky čas, abychom si svou práci mohly vykonávat.“*

Respondentkám vadí zasahování do jejich práce ze strany lékařů, jiných pracovníků na oddělení a nadřízených. Zejména požadavky, které na ně kladou nad rámec jejich vlastní práce s pacienty. Dále uváděly také nízké ohodnocení jejich vlastní práce od nadřízených či od ostatních pracovníků týmů a rovněž nároky a požadavky, které nemohou splnit. Lékaři a nadřízení dle nich nerespektují jinou práci než svoji a od sester stále vyžadují pomoc pro jejich práci. Práce zdravotní sestry se bere jako samozřejmost a ocení se spíše její pomoc a ochota vůči lékařům a nadřízenému personálu. Ale i ta se bere jako samozřejmost. Využívá se její přítomnosti na oddělení jako prostředníka k plnění provozních záležitostí:

R1: *„Jakmile je lékař v práci, vůbec nebere v potaz, že zrovna dáváte léky, že řešíte problém s nějakým pacientem a ihned všechno chce hned teď. Takže i když se snažíte organizovat svou práci, tak vám to vlastně narušuje.“*

R2: *„Práce sama o sobě je s těmi pacienty náročná, ale práce s nadřízenými to ještě komplikuje, neulehčuje. Oni to vůbec neberou, sesterská práce je prostě podřadná. Všichni ti vysokoškolští pracovníci nerespektují jinou práci než svoji.“*

R3: „*Sestra je přetížená, musí myslet za několik lidí, nepracuje sama za sebe. Pokud by neexistoval papír na poznámky, tak jsem ztracená, v hlavě prostě nejde udržet všechny ty informace.*“

Jako další stresující faktor uváděly respondentky nedostatek personálu a problém s častým zaučováním nových kolegyň, které se často obměňují:

R5: „*Jen si vemte ten nevyvážený pracovní nápor, třeba příjmy v pátek, kdy je má sester Ted' si přijdou v jinou dobu, kdy děláte něco jiného, třeba propouštíte pacienty, Vemte si, jaký chumel lidí tam je, to je pro sestru ohromný nápor, všichni se na ni obracejí, že spěchají. To máte chuť si vzít kabát a jít domů. To je práce pro několik lidí.*“

R6: „*Mně vadí, že třeba musím pracovat s novou kolegyní, kterou nelze zaučit, kterou tam ale nechají kvůli nedostatku personálu.*“

Odpovědi na otázky ohledně pracovních podmínek byly hodně ventilační a promítaly se i do dalších odpovědí, zejména na otázku, co si myslí respondentky o tom, že lidem, kteří pomáhají druhým, je třeba také pomoci. Respondentky udávaly, že největší pomocí jsou jim kolegyně a jejich vzájemné vztahy.

R4: „*Určitě bych nějakou pomoc přijala, při těch různých situacích tu podporu nemáme a jediné v kolektivu vnímám tu pomoc a podporu.*“

R3: „*Podporujeme se mezi sebou, popovídáme si a to je podpora úplně maximální.*“

Spokojenost sester s prací je velmi závislá na ostatních. Na spolupracovnících, pacientech, nadřízených, lékařích, organizaci práce. Všechny tyto vnější faktory sestry udávaly jako prostor pro možné zlepšení jejich práce.

R6: „*No třeba naše prostředí, aby tam nebylo tolik věcí, co tam nepatří. Lepší spolupráce s nadřízenými.*“

Nabídka podpory a zájmu o jejich problémy či potřeby od člověka, který umí citlivě reagovat na prožívání těžkostí při práci s lidmi v pomáhajících profesích

Takto nastavená otázka vyvolávala u respondentek potřebu zdůraznit nutné pochopení jejich práce, ale s akcentem na vyřešení překážek, se kterými se potýkají. Všechny sestry by ocenily podporu a pochopení jejich problémů, ale s podmínkou,

že by jim ji poskytl odborník, který zná jejich prostředí, jejich práci a díky tomu by se uměl do nich vcítit.

R1: *„Pokud by to byl vzdělaný člověk, já bych to uvítala, protože je pravda, že jsem jen člověk a můžu vidět situaci mylně. Neměl by to být psycholog, který jen sedí u stolu a nezná naši situaci, ale někdo, kdo už ten náš problém zažil a umí se vcítit do toho druhého, ne někdo, kdo mně bude kritizovat za to, jak jsem co udělala.“*

R2: *„... ale někdo, kdo už tu situaci zažil a osvědčil se mu takový přístup“*

R4: *„Jestli člověk z organizace? Jestli by to zažil, tak je mi to jedno.“*

Některé respondentky pod touto formou pomoci ale vnímaly tlak na svou změnu, nikoliv na změnu pracovních podmínek:

R6: *„No tak bylo by to dobrý, ale měl by někdo promluvit také s nadřízeným, jak s vámi jedná. Vy budete pořád pracovat sama se sebou, ale nevyřeší to problém, jak se k vám ostatní chovají.“*

Postavení zdravotní sestry v organizaci

Na otázku, jak respondentky vnímají samy sebe v organizaci či na oddělení (tedy v pracovním týmu) odpověděly všechny respondentky ve smyslu znevážení zdravotní sestry. Několik respondentek použilo konkrétní výraz: *„jako naprostá nula.“* Dále udávaly přehlížení od ostatních pracovníků v týmu, kromě dalších zdravotních sester.

R1: *„Když poukážu na chyby některého člena týmu, jsem napomenutá, že si mám hledět svého, co si to vůbec dovoluji. Nejsem ani přizvána k řešení problému. Moje výpověď neměla žádnou váhu.“*

S tímto problémem souvisely i výpovědi respondentek ohledně jejich postavení vůči jakýmkoliv osobám vyskytujícím se na oddělení, ne jen spolupracovníků. Respondentky vnímaly, že jsou tam pro každého, kdo se objeví spíše v podřadnější roli:

R4: *„Všechny úkoly se hází na hlavu sestrám. Někdy sestra musí přerušit svou práci a věnovat se těm, co přišli na oddělení, jako by měli přednost před její prací.“*

Vnímání podpory managementu formou dohledu nad jejich prací s cílem zlepšování kvality jejich práce.

Management (vedení nemocnic) vnímaly všechny respondentky pouze jako kontrolní nikoliv jako podpůrný. Možnost řídicí supervize formou dohledu nad jejich prací zprvu vítaly jako pozitivní záležitost v tom smyslu, že by někdo viděl jejich podmínky práce:

R1: *„Musela by to být kontrola, která to nemůže nahlašovat.“*

R2: *„Působí to na mně dobře.“*

R4: *„Že bychom mohli otevřít ty chyby a dostali zpětnou vazbu. Viděli by, jak vypadá naše práce, za jakých podmínek se pracuje.“*

Po vysvětlení, že kontrola by se vztahovala na kvalitu jejich práce, nikoliv na řešení pracovních podmínek, respondentky vypověděly, že toto je spíše nezajímá a že by taková kontrola neměla jejich důvěru:

R6: *„No já asi nemám tu důvěru, kdyby mně někdo takhle kontroloval z vrchu, jak dělám, už by tam hledal chybu.“*

Asociace respondentek na slovo „supervize“

Na dotaz, co v respondentkách vzbuzuje slovo „supervize“, se objevovaly různé odpovědi. Některé respondentky ve významu spatřovaly vysokou kvalitu nebo řešení problémů.

R1: *„Řešení problému, pomoc při řešení problému.“*

R3: *„Vysoká kvalita, aby ten problém byl vyřešen kvalitně.“*

R5: *„Ventil.“*

R6: *„Tak trochu nedůvěra.“*

Supervize ve všech jejich funkcích byla vnímána jako potřebná pro řešení konkrétních problémů, které ale sestry samy nemohou ovlivnit.

4.2. Ohnisková skupina

Respondentky budou při citaci jejich odpovědí označovány ROS – respondentka ohniskové skupiny. Výzkumník ohniskové skupiny bude označován jako VOS. Otázky v ohniskové skupině byly vedeny podle shodného dotazníku pro moderovaný rozhovor. Dotazník je uveden v příloze č. 1.

Stávající vzdělávání sester v organizaci.

Odpovědi byly podobného rázu jako u moderovaného rozhovoru. Vzdělávání nabízené v organizaci vnímaly respondentky jako nedostatečné, co se týká četnosti i výtěžnosti pro jejich vlastní obor.

ROS: *„Není, například pro můj obor tam není vůbec nic.“*

Samostatné zadávání témat ke vzdělávání formou dialogu se vzdělavatelem či skupinového vzdělávání

Nabídku možnosti, že by vzdělávání probíhalo v interakci mezi nimi a vzdělavatelem, kdy by si samy mohly zadávat témata, která je zajímají, přijaly pozitivně a v diskusi rozvíjely podobu tohoto vzdělávání podle svých potřeb a představ. Kladly důraz na to, aby to bylo cílené pro ně. Nejlépe pořádané sestrami.

ROS: *„Já si myslím, že by to pomohlo, ale ne s celou organizací nebo oddělením někam jet, ale aby přijel někdo řešit jen co je pro sestry.“*

ROS: *„No ano, sesterské práci rozumí nejvíc sestra. Když ti přijede lékař něco povídat o sesterské práci, tak to ani neví. Já taky nebudu poučovat doktora, když on má úplně jinou práci, než sestra.“*

Od takovéto sestry „učitelky“ bylo očekáváno předávání znalostí a interakce byla vnímána spíše jako vzájemná výměna zkušeností. Po upřesnění ze strany výzkumníka, že daná osoba nemusí znát přesně jejich konkrétní situaci, ale může je spíš vést, jak si mají samy poradit s tou svojí, se rozvinula diskuze, která vedla spíše v odmítavý postoj proti školení a vzdělávání z důvodu nedostupnosti takového vzdělávání v pracovní době, obavy z nutnosti vzdělávat se zadarmo ve svém volném čase a obavy z apelu na povinnou účast.

VOS: *„Ona by vám neradila, ale spíš vedla.“*

ROS: *„Jo dala by nám ten náhled.“*

ROS: „*No, já na žádné školení nejdu.*“

ROS: „*No, ale jde o to, kdy by takové školení bylo. My nemáme možnost. V pracovní době to prakticky nejde, a ve svém volnu? To mi nikdo nezapočítá.*“

ROS: „*Je tady takový otazník, bylo by to fajn, ale jak se to uchopí, jestli by to mělo být zase z donucení?*“

ROS: „*No pak vám to dají povinně!*“

Z těchto argumentací nelze říct, že by respondentky odmítaly explicitně vzdělávání formou náhledu, spíše daly najevo, že jim více vyhovuje takové vzdělávání, které naplňuje jejich potřeby. Pokud tomu tak není, vnímají vzdělávání jako nátlak, proti kterému si vytváří obrany.

Pracovní proces, náročnost práce a možnost podpory

Na dotaz spokojenosti s prací respondentky po chvíli ticha uvedly, že práce se jim líbí, ale nejsou spokojeny. Jako důvod nespokojenosti uvedly množství práce, kterou nestíhají.

ROS: „*Tak ta sestra je totálně přetížená, nemáš čas se ani napít, když si jdete dát konečně něco k jídlu, tak vám hned někdo dýchá na záda, že nemáte dodělanou svou práci, pořád po vás někdo něco chce. Já teda nevím, jak je to jinde, třeba je to úplně jinak.*“

Na to ji jiná respondentka ujistila, že u nich je to stejné a připomněla i situaci z jiné práce, kde sestry při rozdávání léků měly nosit nápis, aby je nikdo nerušil, že rozdávají léky, což ostatní respondentky vnímaly velmi kriticky.

Dále sestry uváděly celou řadu problémů spojených s jejich prací. Pro účely výzkumu je však důležité spíše, jak tyto problémy ovlivňují jejich potřebu pomoci a podpory.

Pomáhající potřebují také pomoc

S tímto názorem souhlasily, a jako pomoc, kterou potřebují, většinou navrhovaly „relax“. Pouze jedna respondentka vyjádřila požadavek na externí psychologickou pomoc, která by měla být každých čtrnáct dní. V diskusi byla tato možnost spíše odmítnuta. Většina ocenila spíše možnost si o tom popovídat v pracovním kolektivu nebo situace řešit individuálním odpočinkem.

ROS: „*Mně stačí, když se tady z toho vypovídám, nepotřebuji to říkat psychologovi, mně stačí kolektiv.*“

Nabídka podpory a zájmu o jejich problémy či potřeby od člověka, který umí citlivě reagovat na prožívání těžkostí při práci s lidmi v pomáhajících profesích

Na tuto nabídku pomoci reagovaly respondentky spíše souhlasně, ovšem s výhradami. Především by to měl být člověk, který zná jejich práci

ROS: „*Já si myslím, že ten člověk nemohl zažít to, co jsem zažila já, tak mi nemůže adekvátně poradit. Já si myslím, že spousta lidí si vůbec neumí představit, co já zažívám. Myslím si, že bych dostala jen takový krásný jablíčko uvnitř shnilý.*“

Další respondentka doplnila, že si myslí, že by to měl ten člověk jen nacvičené, co má říkat.

Respondentky ventilovaly názory, že by jim vadilo nějaké „šťourání“ do hloubky, nevěřily opravdovosti člověka, který by takovou supervizi vedl. Jedna respondentka, která supervizi zažila, řekla, že má dobrou zkušenost.

ROS: „*Mě třeba supervize pomohla, to co se tam říkalo, k něčemu se tam i dospělo.*“

ROS: „*No, ale teď záleží taky na tom, jestli se to bude dodržovat.*“

ROS: „*Mně připadá, že se tam jen z toho vypovídáš a nic, že to k ničemu nepovede.*“

Diskuse byla vedena o nutnosti problém řešit. Od supervize respondentky jednoznačně očekávaly řešení problémů v praxi. Nikoliv pouhou komunikaci o problému, který se nevyřeší.

ROS: „*Kdyby to byl konstruktivní rozhovor, ten má vést k tomu, že se to nějak bude řešit, ale ne že se to jen nastíní.*“

Postavení sestry v organizaci

Odpovědi na otázky ohledně postavení zdravotní sestry v organizaci byly hodně ventilační. Všechny respondentky vnímaly svou pozici v týmu silně podřadně a ventilovaly tento dojem mezi sebou. Jedna respondentka uváděla, že je přehlížena jako středoškolačka od vysokoškolských pracovníků na oddělení, ale na to ji druhá

respondentka „ujistila“, že řada sester – včetně ní – už má vysokoškolské vzdělání, ale cítí se stejně podřadně.

ROS: *„Ano, jsou sestry, co mají vysokoškolské vzdělání, ale je to pořád jenom sestra.“*

ROS: *„No pozor, ty už nejsi ani sestra, ty už jsi sanitárka, uklízečka, všechno, protože ty jsi sestra a můžeš se svým vzděláním obsáhnout nižší pozice.“*

Tento názor ostatní v diskusi ohodnotily jako častý, a který jim velmi komplikuje nejen jejich práci, ale odráží se i v pohledu na zdravotní sestru od nadřízených, které je nutí dělat práce za nižší zdravotnický personál.

ROS: *„Mně vadí, že když se něco stane a je například potřeba uklidit zvratky na podlaze, tak uklízečka nebo sanitárka nepřijde, protože poslouchá jen nařízení staniční sestry. Já pak musím všeho kolem pacienta nechat a jít uklízet. A nedej bože, aby si ta sanitárka na mně stěžovala, že jsem ji úkolovala.“*

Jedna respondentka poukázala na problém, kdy sanitáři a zdravotničtí asistenti na nižších pozicích se srovnávají se zdravotními sestrami a vadí jim, že mají nižší plat za – podle nich – stejnou práci, což se odráží i v jejich spolupráci se sestrami při méně odborných úkonech.

ROS: *„Více méně si to myslí i uklízečky, že jsme my sestry tady pro ně, protože sestra je schopna zvládnout i funkci uklízečky.“*

Otevřela se i diskuse o lékařích a zejména o studentech různých škol, kteří na oddělení docházejí. Respondentky poukazovaly na jejich vysoké sebevědomí a povýšené chování k sestram.

ROS: *„Studenti mají strašně vysoké sebevědomí a vůbec nevyjádří, co chtějí, ale jdou za tebou, abys to vyřešila.“*

ROS: *„To je zajímavé, že sestry se tak neumí chovat.“*

VOS: *„Proč nemáte to sebevědomí?“*

ROS: *„Víte, to je tím, že sestra pořád řeší problémy a tím pádem si bereme všechny problémy za své, že je musíme řešit.“*

ROS: „*Já si myslím, že to jsou pomáhající profese, že když jsi na pozici, že někoho máš ošetřovat nebo někomu máš pomáhat, takže se vlastně očekává, že se na tebe může svést všechno.*“

ROS: „*Dokonce jsme i tak ..., že k tomu nutíme i nové sestry, které zaškolujeme a učíme je, aby dělaly to samé, a ještě nám vadí, že to nedělá tak jako my!*“

Dále sestry v diskuzi komunikovaly nejen řešení problémů, ale i přebírání zodpovědnosti za nižší zdravotnické pracovníky.

Vnímání podpory managementu formou dohledu nad jejich prací s cílem zlepšování kvality jejich práce.

Podporu nadřízených ve svých organizacích nevnímaly sestry pozitivně, a v tom se odrazil i jejich postoj k řídicí supervizi. Tuto formu supervize žádá z respondentek nechtěla.

ROS: „*Nikdy to nevyzní tak, aby si ta vedoucí z toho nevzala něco, co se ti vrátí jako bumerang.*“

ROS: „*Já bych tu řídicí supervizi nechtěla, protože nikdy ta péče nemůže být odvedená tak, jak je v předpisech.*“

Dále respondentky diskutovaly o standardech ošetrovatelské péče, zda jsou předimenzované nebo ne, zda je možné podle nich skutečně pracovat. Ale shodly se s trpkostí na tom, že nejdůležitější je mít všechno dobře zapsané v dokumentaci, protože to jediné se hodnotí v auditech.

Asociace respondentek na slovo „supervize“

ROS: „*Hm, něco stresujícího*“

ROS: „*Já nevím, co od toho očekávat, jestli mi to pomůže v tom, že se jenom vypovídáme z problémů, tak je to k ničemu. Tečka.*“

ROS: „*Mně napadá, že to má být nějaké rozebrání tématu a taky dojít k závěru. Ale ne jenom rozmáznutí, aby nám všem bylo dobře, ale řešení v praxi nevidíme žádné. Jestli to není od té osoby, která tu supervizi dělá jen manipulativní, aby my jsme měli pocit, že se nám dostalo nějakého slyšení, a to je tak všechno.*“

4.3. Shrnutí výsledků výzkumu ve vztahu k výzkumným otázkám

Výzkum se zaměřil především na reakci zdravotních sester na možnost tří různých typů supervize (vzdělávací, podpůrné a řídicí, vyjádřené výzkumnými otázkami 1–3). Dále měl za cíl zjistit, kdo by podle zdravotních sester měl vést jejich supervizi.

Výsledky odpovědí na otázky zaměřené na vzdělávací supervizi.

Výzkumná otázka č. 1: Nakolik jsou sestry ochotné aktivně se podílet na svém dalším vzdělávání určováním vlastních témat? Za jakých podmínek?

Z moderovaného rozhovoru vyplynulo, že respondentky byly ochotné se vzdělávat zadáváním vlastních témat. Podmínkou však je, aby vzdělávání odpovídalo přesně potřebám jejich praxe a vedl je odborník v ošetrovatelství: tedy nejlépe zdravotní sestra, která má s danou tematikou osobní zkušenost. Vzdělávání by mělo být spíše formou konzultací, poradenství a přesného vedení, jak postupovat.

Respondentky z ohniskové skupiny rovněž uvítaly možnost zadávání vlastních témat pro vzdělávání. Chápaly je spíše jako formu školení sestrou, znající danou tematiku, která by přijela za nimi. Možnost reflexivního vzdělávání, které uvedl výzkumník, nebyla v diskuzi potvrzena, spíše se rozvinuly námitky, které poukázovaly na překážky ve vzdělávání sester, jako je vzdělávání mimo pracovní dobu, povinné vzdělávání, neproplacené vzdělávání atd.

Lze tedy konstatovat, že sestry jsou ochotné podílet se na svém vzdělávání určováním vlastních témat, za podmínky, že vzdělávání povede odborník – zkušená zdravotní sestra. Toto vzdělávání by mělo mít podobu předávání znalostí a zkušeností formou poradenství nebo konzultací.

Výsledky odpovědí na otázky zaměřené na podpůrnou supervizi

Výzkumná otázka č. 2: Jakým způsobem vnímají zdravotní sestry podporu nabízenou při řešení jejich problémů související s prací v pomáhající profesi?

Z **moderovaného rozhovoru** vyplynulo, že respondentky řešily nejvíce problém vztahů s ostatními členy týmu, zejména s lékaři, kteří na ně kladli nároky a požadavky, které jim ztěžovaly vykonávání jejich vlastní ošetrovatelské práce, což vedlo k jejich přetěžování. Možnost podpory respondentky oceňovaly jako přínosnou, ale s podmínkou, že by ji vedl odborník ze zdravotnictví, který dobře zná ošetrovatelskou práci a problémy s ní spojené. Od této podpory by očekávaly spíše změnu pracovních podmínek. Zároveň se obávaly vyvíjení tlaku na jejich vlastní změnu, související s jejich osobou, kterou považovaly za bezpředmětnou, pokud se nezmění vztahy v týmu. Jako podporu vyzdvihovaly oporu, kterou nachází ve svých kolegynech.

Respondentky **ohniskové skupiny** rovněž vyjádřily potřebu podpory při řešení problémů spojených s prací. Jako problémy uváděly přetíženost sester, nedostatek odpočinku a nemožnost relaxace. Jako další problém si uvědomovaly přebírání problémů za ostatní členy týmu, to vše za přehlížení jejich práce i jejich samotných a z toho vyplývajícího nízkého sebevědomí. Možnost podpory vnímaly s obavou, že osoba, která jim tuto oporu poskytne, nebude chápat jejich problémy, pokud je nezažila. Od podpůrné supervize očekávaly řešení jejich problémů, nikoliv pouze jejich ventilaci či nastínění určitého řešení, které se však v praxi nedotáhne do konce. Rovněž poukazovaly na význam kolektivu při vzájemné podpoře.

Lze tedy konstatovat že, respondentky uvítaly možnost podpory při řešení jejich problémů. Své problémy ovšem vnímají v širším kontextu vnějších faktorů, které nemohou ovlivnit. Od podpůrné supervize očekávají spíše změnu vnějších pracovních podmínek a vztahů v týmu. Mít možnost pomoci při reflexi vlastního prožívání těžkostí spojených s prací byla rovněž vyjádřena, ale v menší míře.

Výsledky odpovědí na otázky zaměřené na řídicí supervizi

Výzkumná otázka č. 3: Jaký význam přikládají zdravotní sestry organizované kontrole jejich práce s cílem jejího zkvalitnění?

Respondentky **moderovaného rozhovoru** význam kontroly vnímaly zprvu jako jistou formu satisfakce, které by se jim mohlo dostat vzhledem supervizora do jejich těžkých pracovních podmínek. V případě, že by se jednalo o kontrolu kvality jejich práce nadřízeným, byla tato možnost většinou sester odmítnuta s poukázáním na nedůvěru v nestrannost takové kontroly. Naopak se obávaly, že by taková kontrola spíše vyhledávala chyby.

Nedůvěru v podporu ze strany nadřízených vyjadřovaly i respondentky **ohniskové skupiny**, které v takovéto formě dohledu spatřovaly možnost sankcionování za chyby, které by si nadřízení vždycky mohli najít, zejména z důvodu rozporu předpisů práce a skutečné každodenní praxe. Vyjadřovaly obavu, že takováto forma řídicí supervize by se obrátila proti nim.

Lze tedy říci, že respondentky nedůvěřovaly takovéto formě supervize. Její význam vnímaly jako kontrolu, která vždycky najde nějaké chyby a nedostatky, které však nebudou spojovány s náročnými pracovními podmínkami, ale jejich osobním selháním, což vnímaly jako ohrožující.

Výsledky odpovědí na výzkumnou otázku č. 4.

Kdo by měl, podle zdravotních sester vykonávat supervizi v ošetrovatelství?

Jak v moderovaném rozhovoru, tak i v ohniskové skupině, byl jednoznačně formulován požadavek respondentek na odbornost supervizora v oblasti ošetrovatelství – tedy na zdravotní sestru. Jako důvod byla uvedena znalost jejich profese i prostředí, ve kterém se pohybují. Rovněž byl kladen důraz na odborné předpoklady zdravotní sestry pro oblast vzdělávání.

4.4. Shrnutí a diskuze výsledků výzkumu a doporučení pro praxi

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda podstata a teoretické vymezení supervize reflektují potřeby zdravotních sester. Z výsledků výzkumu vyplývá, že respondentky jsou otevřené těm aspektům supervize, které reflektují jejich vlastní zkušenosti. Zejména vzdělávací supervize byla respondentkami velmi dobře přijímána a odpovídala na jejich vzdělávací potřeby. Supervizi vnímaly jako možnost pro zlepšení odborné kompetence při práci s pacientem, kdy objednávka vychází z konkrétního problému či situace. Požadavek na rozšiřování znalostí, dovedností a kompetencí ve své práci je zcela shodný s cílem supervize, kterým je profesionální rozvoj pracovníků a rozšiřování jejich dovedností, přenesení zručností a schopností supervidovaného do oblasti efektivní práce, rozvoj profesní identity apod. (viz kap. 1.2.1).

Otázka reflexe, jako klíčového momentu supervize, která je nástrojem vhledu s cílem lepšího pochopení situace supervidovaného, nebyla respondentkami preferována na jejich straně, avšak na straně supervizora. Požadavky na vhled supervizora do jejich situace a znalost jejich pracovního prostředí byla pro ně prioritní. Neznamená to ovšem, že by respondentky reflektivitu na své straně odmítaly, ale nepovažovaly ji za potřebnou či důležitou. Důležitější pro ně bylo kolegiální vedení a poradenství, které si pracovníci identické profese poskytují mezi sebou. Tato supervize je rovněž popisována v teoretické části (viz kap. 1.2.2.) a odpovídá požadavkům a potřebám zkoumaných zdravotních sester.

Požadavek zdravotních sester na aktivitu pouze na straně vzdělavatele může být pro supervizora, který prošel odborným výcvikem a klade důraz na reflexivitu učení a rozvoj aktivity u supervidovaných, důvodem k vzájemnému nepochopení. Zejména otázka podpůrné supervize nebyla ve výzkumu respondentkami zcela pochopena, přestože odpovídala na jejich problémy spojené s prací. Toto zjištění souvisí se stanovenou hypotézou výzkumu.

Hlavní hypotéza výzkumu, tj. že *„Zdravotní sestry vítají supervizi s významnou podpůrnou složkou, vzdělávací a řídicí funkce supervize pro ně není tolik důležitá“*, se potvrdila pouze částečně. I přesto, že podle odborné literatury jsou problémy, které respondentky výzkumu uváděly (přetíženost, stres, nemožnost mít svou práci pod kontrolou, ponižování a z toho vyplývající nízké sebevědomí, tlak

na řešení problémů jiných pracovníků) hlavními indikátory k zavedení supervize s akcentovanou podpůrnou složkou, výsledky výzkumu naznačují, že v praxi zkoumané skupiny pracovníků ve zdravotnictví by tito nejvíce ocenili vzdělávací supervizi, která by odpovídala na jejich konkrétní potřeby rozvoje znalostí a dovedností při práci související s ošetrovatelským procesem. Tento výsledek však neznamená, že by podpůrnou supervizi respondentky odmítaly, ale spíše měly jiné očekávání podpory, než supervize nabízí. Respondentky vnímaly možnost podpůrné supervize spíše jako možnost ventilace problémů, které vycházely z organizačních chyb a špatné komunikace s lékaři a dalšími pracovníky týmu. Frustrace z náročných podmínek, které nemohou změnit, se promítala do očekávání změn formou podpůrné supervize. Toto očekávání může klást na supervizora až nereálné nároky, s kterými by měl počítat, aby jim mohl předcházet. Supervizor, který prošel odbornou přípravou, je připraven poskytovat oporu v prožívání pracovníků při práci s klienty (která se vyznačuje nároky na jejich emoce, sebepojetí, tvorbu obran a s tím souvisejícího syndromu vyhoření), nemusí však být připraven na celkové odmítní takovéto pomoci ze strany supervidovaných.

Výzkum ukázal, že respondentky nechtějí odhalovat emoční prožívání svého pracovního světa. Prolomit tuto bariéru tak může skutečně pouze odborník, který dobře zná práci zdravotních sester a kterému i důvěřují. Na druhé straně tento odborník musí být dobře zacvičen v sebereflexi, aby unesl nároky sester, které vyplývají z jejich frustrace a z pocitu nespravedlnosti, a také by měl vědět, jakou pomoc zvolit, aby byla účinná a dosažitelná.

Řídící supervize je spíše otázkou managementu ošetrovatelství a záleží na něm, jaké postupy zvolí. Pokud vychází z potřeb organizace, pak je třeba volit takový způsob vedení, který není pro zdravotní sestry ohrožující, ale spíše přínosný. Výzkum ukázal, že některé sestry jsou s touto formou supervize srozuměny a očekávají od ní i pomoc při řešení jejich problémů. Řídící supervize by byla pro sestry velkou pomocí, kdyby se věnovala zaškolování nových pracovníků. Z výzkumu vyplynulo, že zaškolování nových kolegyně je pro zdravotní sestry velmi časově i psychicky náročné. V zájmu zdravotních sester je třeba zdůraznit, že výzkum ukázal, že forma řídicí supervize je pro zdravotní sestry nejméně přijatelná a žádaná.

Respondentky tedy vnímaly, jako nejvíce přínosnou supervizi vzdělávací, vedenou odborníkem stejné profese. Méně již supervizi podpůrnou, která vedla

respondentky k očekávání vyřešení problémů zvnějšku. Nejméně byla přijímána supervize řídicí, která byla spojována s kontrolní funkcí nadřízených.

Závěrem lze tedy konstatovat, že supervize má pro zdravotní sestry význam kolegiální a odborné pomoci: pomoci v otázkách rozvoje jejich znalostí a dovedností při konkrétní práci s pacienty, kolegiální opory při sdílení jejich problémů, vyplývajících z náročných organizačních podmínek různých oddělení, a rovněž i očekávání, že by supervize mohla změnit chování lékařů a nadřízených vůči nim. Další význam, který byl respondentkami supervizi přikládán, je možnost či nutnost vyřešení pracovních, organizačních a interpersonálních problémů, nikoliv pouhá komunikace o nich. Další význam supervize, který z výzkumu vyplynul, je požadavek na zajištění spravedlnosti v náročných podmínkách souvisejících s prací a pracovní pozicí zdravotní sestry. Tyto významy vyplynuly z moderovaných rozhovorů a ohniskové skupiny. Nezastupují však názor všech zdravotních sester a možná ani respondentek výzkumu, protože odpovídaly tomu, jak situaci v okamžiku výzkumu vnímaly a chápaly. Přesto jsou jejich odpovědi podnětné pro praxi supervizora ve zdravotnictví, který se může s těmito významy a očekáváními od supervize setkat a je dobré být na ně připraven tak, aby se zdravotním sestram dostalo kvalitní supervize, která bude odpovídat jejich potřebám.

Supervizi v ošetrovatelství je třeba oprostít od očekávání vyřešení situací, které nejsou v možnostech či kompetencích supervizora. Supervizor by se měl při řešení konkrétních problémů či úkolů především zaměřit na stanovení dílčích cílů, které budou specifické, dosažitelné, měřitelné a akceptovatelné a tím pádem i kontrolovatelné supervidovanými. V rámci podpůrné supervize přispívat nejen k prevenci syndromu vyhoření, ale i k budování sebevědomí sester. Analyzovat problémy v organizaci tak, aby se řešilo to, co se řešit má, správnou formou supervize. Vcíťovat se do prožívání zdravotních sester, podporovat kolektiv skupinovou supervizi a řešit širší problémy formou týmové supervize. Osobně jsem velmi vděčná zdravotním sestram, které se zúčastnily výzkumu a přinesly celou řadu poznatků pro mou práci supervizora ve zdravotnictví, a které se budou moci aplikovat i v podmínkách jiných zdravotnických zařízení, než jen těch, ze kterých respondentky výzkumu pocházely. Tato práce mně vedla rovněž k nutnosti více se angažovat v zavádění supervize do zdravotnictví i formou informační a komunikační s představiteli ošetrovatelství.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda podstata a teoretické vymezení supervize reflektuje potřeby zdravotních sester.

Nejprve byly na teoretické úrovni představeny základní teoretické poznatky o zkoumané problematice vztahující se k cíli práce a k výzkumným otázkám. Vzdělávací význam supervize byl představen především učením formou dialogu, kdy supervidovaný se sám aktivně podílí na svém učení zadáváním vlastních témat. Tato možnost byla i součástí jedné z výzkumných otázek, která zjišťovala ochotu zdravotních sester aktivně se podílet na svém vzdělávání. Téma, které se věnovalo náročným organizačním podmínkám ve zdravotnických organizacích v souvislosti s hierarchií ošetrovatelského a medicínského managementu, se projevilo v otázce významu, který přikládají zdravotní sestry kontrole nad jejich prací a tím i jejich názoru na řídicí supervizi. Práce zdravotních sester byla představena ve své náročnosti zejména v kapitole věnující se pracovnímu stresu, syndromu vyhoření či syndromu pomocníka a vyústila ve výzkumnou otázku týkající se vnímání nabídky podpory při řešení jejich problémů souvisejících s prací v pomáhajících profesích. Teoretická část věnující se zavádění supervize do ošetrovatelství si kladla především otázku, kdo má vést supervizi ve zdravotnictví.

Výzkumná část se zaměřila na kvalitativní výzkum mezi zdravotními sestrami, který měl odpovědět na stanovené výzkumné otázky ohledně vzdělávací, řídicí a podpůrné supervize, které vedly k odpovědi na hlavní výzkumnou otázku, a to *„jaký význam přikládají zdravotní sestry supervizi?“* Pomocí zvoleného výzkumného nástroje, jakým byla metoda moderovaného rozhovoru a ohniskové skupiny, bylo dosaženo dostatečného množství odpovědí, které mohly vést k zodpovězení výzkumných otázek.

Z realizovaného šetření vyplynulo, že respondentky vnímají velmi dobře možnost vzdělávací supervize formou dialogu. Představovala pro ně kolegiální podporu sester při řešení problémů spojených s odbornými tématy jejich práce. Rovněž tak uvítaly i možnost podpůrné supervize při řešení problémů souvisejících s jejich prací. Problémy však respondentky vnímaly spíše v kontextu organizace nebo vztahů v pracovním týmu a projevíly příliš velké nároky a očekávání od takovéto formy podpory. Řídicí supervize formou kontroly či dohledu byla respondentkami

spíše odmítnuta. Vnímaly ji jako kontrolu, která hledá více chyby a selhání než zlepšení kvality práce. V odpovědi na hlavní výzkumnou otázku: „*Jaký význam přikládají zdravotní sestry supervizi?*“ lze odpovědět, že supervize má pro ně největší význam v oblasti vzdělávání, kde jsou jejich očekávání v souladu s jejich vzdělávacími potřebami a respondentky na tuto nabídku reagovaly velmi pozitivně. Podpůrná funkce supervize vykazovala rozdílné významy, od psychologické pomoci a náhledu na problémy spojené s prací v pomáhajících profesích až po vyřešení organizačních záležitostí a mezilidských vztahů v pracovním týmu. Význam řídicí supervize byl přijat s obavami ze sankcí, které by mohly vyplynout z kontrolní funkce této supervize. Pro některé respondentky měla řídicí supervize význam pozitivní v možnosti zajištění kvalitních pracovních podmínek díky takovéto kontrole.

Závěrem lze tedy říci, že supervize pro zdravotní sestry může být přínosná v závislosti na jejich požadavcích a očekávání. Vysoká očekávání na vyřešení problémů mohou přinést zklamání a nedůvěru v supervizi na straně sester, a pocit marnosti na straně supervizora. Proto je třeba vést supervizi tak, aby stanovila a sledovala cíle, které jsou reálné a dosažitelné. Supervize má sledovat skutečné potřeby zdravotních sester a poskytovat kvalitní oporu v profesní oblasti i v oblasti prevence syndromu vyhoření. Pro supervizora ve zdravotnictví je rovněž důležité rozlišit, co lze řešit v rámci pracovní skupiny a co je řešitelné v rámci pracovních týmů.

Vzhledem k výše uvedenému je možné považovat cíl práce za úspěšně naplněný. Interpretované výsledky výzkumu zodpověděly stanovené výzkumné otázky a souhrnná diskuze představila také některá doporučení pro další praxi ohledně problematiky supervize zdravotních sester, která by plně odpovídala jejich skutečným potřebám. Vyplývá i stále větší potřeba informovanosti o potřebě supervize pro zdravotní sestry a jejího přínosu pro zdravotnictví. Poznané skutečnosti tak jsou pro výzkumníka podnětem ke komunikaci nejen s představitelkami ošetrovatelství včetně Hlaví sestry ČR, ale i námětem k diskuzi v odborných časopisech pro zdravotní sestry.

Literatura a zdroje

- Bachmann, P. (2011). *Management neziskové organizace*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing.
- Bártlová, S. (2007). *Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu*. *Kontakt*, 2(9), 254-259. Citováno dne 10. listopadu 2018. Dostupné z:
https://www.researchgate.net/publication/279763800_Profese_sestry_profesionalizace_a_elitarstvi_v_oseetrovatelstvi_ze_sociologickeho_pohledu
- Baštecká, B., Čermáková, V., & Kinkor, M. (2016). *Týmová supervize: teorie a praxe*. Praha: Portál.
- Beneš, M. (2014). *Andragogika: 2., aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Grada Publishing.
- Bertrand, Y. (1998). *Soudobé teorie ve vzdělávání*. Praha: Portál
- Böhmová, O. (2019). *Jaký je zájem o studium a kolik vašich absolventek nastoupí do zdravotnictví? Odpovídají ředitelé zdravotnických škol*. *Zdravotnický deník*. Citováno dne 20. ledna 2019. Dostupné z:
<http://www.zdravotnickydenik.cz/2019/01/jaky-je-zajem-o-studium-a-kolik-vasich-absolventek-nastoupi-do-zdravotnictvi-odpovidaji-reditele-zdravotnickych-skol/>
- Broža, J. (2009). *Supervize v adiktologické praxi*. Praha: Triton.
- Carroll, M., & Tholstrupová, M. (2004). *Integrativní přístupy k supervizi*. Praha: Triton.
- Chang, E. M., Hancock K. M., & Johnson, A. et al. (2005). *Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward*. *Nursing Health Sciences*, 7(1), 57–65. Citováno dne 10. července 2018. Dostupné z:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2005.00221.x>

- Čermák, I., & Štěpaníková, I. (1998). *Kontrola validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu*. *Československá psychologie*, 42(1), 50-62. Citováno dne 12. prosince 2018. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1423/jaro2007/PSY722/Kontrola_validity.pdf
- Český institut pro supervizi. (2006). *Kdo je supervizor*. Citováno dne 2. ledna 2019. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/supervizori/kdo-je-supervizor/>
- Český statistický úřad. (2017). *Ženy a muži v datech – 2017*. Citováno dne 5. ledna 2019. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zeny-a-muzi-v-datech-2017hj>
- Eis, Z. (1995). *Supervize*. Praha: Pražský psychoterapeutický institut.
- Friedmann, I. A. (2000). *Burnout in teachers: Shattered dreams of impeccable professional performance*. *Journal of Clinical Psychology* 56(5), 595-606. Citováno dne 10. července 2018. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/12466703_Burnout_in_teachers_Shattered_dreams_of_impeccable_professional_performance
- Géringová, J. (2011). *Pomáhající profese – tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton.
- Havrdová, Z., & Hajný, M. et al. (2008). *Praktická supervize*. Praha: Galén.
- Havrdová, Z., Šolcová, I., Hradcová, Z., & Rohanová, E. (2010). *Kultura organizace a syndrom vyhoření*. *Československá psychologie*, 54(3), 235-248. Citováno dne 20. července 2018. Dostupné z: <https://search.proquest.com/openview/23b9e8664f51bf102dfb140e70b4c906/1?pq-origsite=gscholar&cbl=28548>
- Hawkins, P., & Shohet, R. (2016). *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Hayes, N. (2005). *Psychologie týmové práce*. Praha: Portál.
- HCI (2018). *Výsledky průzkumu Barometr českého zdravotnictví 2018 z pohledu ředitelů nemocnic*. Citováno dne 20. ledna 2019. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/novinky/vysledky-pruzkumu-barometr-ceskeho-zdravotnictvi-2018-z-pohledu-reditelu-nemocnic.html>
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

- Janíková, E., & Bužgová, R. (2017). *Supervize jako jedna z možností prevence a ovlivnění syndromu vyhoření ve zdravotnictví*. *Československá psychologie*, 61(4), 363-378. Citováno dne 20. července 2018. Dostupné z: <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.5831fbfc-da14-42c6-b1e3-58be764d1110>
- Jarošová, D. (2000). *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství.
- Kadushin, A. (1992). *Supervision in Social Work*. New York: Columbia University Press.
- Kadushin, A., & Harkness, D. (2002) *Supervision in Social Work*. New York: Columbia University Press.
- Keller, J. (1997). *Sociologie byrokracie a organizace*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Kilíková, M., & Jakušová, V. (2008). *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta.
- Leiter, M. P., & Maslach, Ch. (1988). *The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment*. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308. Citováno dne 10. srpna 2018. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/211390071_The_Impact_of_Interpersonal_Environment_on_Burnout_and_Organization_Commitment
- Liermann, W. (1996). *Čtyři kultury ve vzdělávání: expert, inženýr, prorok, komunikátor*. Praha: Karolinum.
- Maroon, I. (2008). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. a kol. (2008). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- Mikuláščík, M. (2015). *Manažerská psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing
- Pines, A., & Yafe, O. (2001). *Unconscious determinants of career choice and burnout: theoretical model and counseling strategy*. *Journal of Employment counseling*,

- 38(4), 170-184. Citováno dne 1. srpna 2018. Dostupné z:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.2161-1920.2001.tb00499.x>
- Plevová, I. a kol. (2011). *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing.
- Schavel, M., Hunyaidová, S., & Kuzyšin, B. (2013). *Supervízia v sociálnej práci: teória, prax, výskum*. Bratislava: Spoločnosť pro rozvoj sociálnej práce.
- Schmidbauer, W. (2008). *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál.
- Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing.
- Světlák, M., & Suchý, A. (2011). *Psychologická péče o zdravotníky v onkologii: současná teorie a praxe v podmínkách českého zdravotnictví*. *Klinická onkologie*, 24(4), 302-307. Citováno dne 25. července 2018. Dostupné z:
<https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/164/3855.pdf>
- Švaříček, R., & Šedřová, K. a kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Vaňková, M., & Bártlová, S. (2015a). *Historical and foreign legacy for the supervisit concept in the Czech nursing*. *Kontakt*, 17(1), 32-41. Citováno 10. září 2018. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.01.008>
- Vaňková, M., & Bártlová, S. (2015b). *Základní metodický rámec pro realizaci supervize v českém ošetřovatelství*. Florence, odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Citováno 1. srpna 2018. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/zakladni-metodicky-ramec-pro-realizaci-supervize-v-ceskem-oseetrovatelstvi/>
- Venglářová, M. a kol. (2011). *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing.
- Venglářová, M. a kol. (2013) *Supervize v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing.

Seznam použitých zkratk

ČIS	Český institut pro supervizi
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
HCI	HealthCare Institute
R1 – R6	Respondent č. 1 – č. 6
ROS	Respondent ohniskové skupiny
VOS	Výzkumník ohniskové skupiny

Přílohy

Příloha č.1: Dotazník pro moderovaný rozhovor a ohniskovou skupinu

Příloha č. 1: Dotazník pro moderovaný rozhovor a ohniskovou skupinu

Otázky v oblasti vzdělávací supervize:

1. Probíhá ve vaší organizaci vzdělávání?
2. Je pro vás přínosem?
3. Jak vzdělávání řeší vaše potřeby v souvislosti s prací?
4. Co si myslíte o tom, že byste vy sama zadávala podněty k tomu, co konkrétně potřebujete vědět a někdo by vás vedl v tom, jak tyto situace vnímat a řešit?

Otázky v oblasti podpůrné supervize

Pracovní proces

1. Jak jste spokojená se svou prací?
2. Vnímáte nějaké zvýšené nároky na vaši pracovní činnost?
3. Stresují vás některé situace spojené s vaší prací?

Podpora

4. Co si myslíte o názoru, že těm, co pomáhají, by se mělo dostat také pomoci?
5. Jak byste vnímala nabídku podpory a zájmu o vaše problémy či potřeby?
6. Kdo by měl takovou podporu provádět?
7. Za jakých situací by měl vaši důvěru?

Otázky v oblasti řídicí supervize

Vlastní sebepojetí

1. Jak vnímáte svou pozici zdravotní sestry v pracovním týmu vedle ostatních (lékaři, psychologové, sociální pracovníci atd.)
2. Cítíte se jako rovnocenný člen týmu?

Řízení a kontrola

3. Působí na vás management spíše jako kontrolní nebo podpůrná složka?
4. Jak byste vnímala organizovanou formu dohledu nad plněním kvality vaší práce, která by byla vykonávána vaším nadřízeným nebo určeným pracovníkem organizace.

Asociace na slovo supervize

1. Co vás napadá, když slyšíte slovo supervize?