

Univerzita Karlova
Fakulta humanitních studií

Program řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Petra Barošová, DiS.

Zavádění supervize na psychiatrické oddělení v okresní nemocnici

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2023

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Zavádění supervize na psychiatrické oddělení* vypracovala samostatně a výhradně s použitím uvedených zdrojů a literatury.

V Praze

Podpis

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své práce doc. PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc., která mi poskytovala inspirativní komentáře, cenné rady a připomínky. Děkuji všem, kteří mi pomáhali a byli mi oporou při psaní této diplomové práce. Obrovské poděkování patří mé rodině, která při mně stála po celou dobu studia. V neposlední řadě bych ráda poděkovala celému týmu psychiatrického oddělení a organizaci, kde se mohla tato případová studie uskutečnit.

Obsah

Abstrakt	6
Abstract	7
1	Úvod..... 8
2	Teoretická část..... 9
2.1	Supervize 9
2.1.1	Zavádění supervize 10
2.1.2	Supervizní kontrakt 12
2.1.3	Supervize ve zdravotnictví, možnosti využití ve zdravotnictví..... 13
2.1.4	Týmová supervize 15
2.1.5	Reflektivita v supervizi..... 18
2.1.6	Reflexivita v týmech..... 18
2.2	Psychiatrické ošetřovatelství 20
2.2.1	Profesní rozvoj a vzdělávací programy v psychiatrickém ošetřovatelství 21
2.2.2	Kompetence sestry na psychiatrii 22
2.2.3	Požadavky a dovednosti kladené na zdravotníky na psychiatrii 23
2.2.4	Role zdravotníků v psychiatrickém ošetřovatelství..... 25
2.2.5	Supervize v psychiatrickém ošetřovatelství 27
3	Případová studie zavádění supervize 30
3.1	Cíl diplomové práce a položené otázky 30
3.2	Stručný popis organizace a oddělení psychiatrie 32
3.3	Časový harmonogram 34
3.4	Příprava a zavádění supervize 34
3.5	Výběr supervizora a supervizní kontrakt 35
3.6	Průběh a organizace supervizí 36
3.7	Průběh a organizace pohovorů a porad 37

3.8	Prolínání linií řízení a supervize na oddělení a k čemu to vedlo.....	37
4	Výzkum kvantitativních změn v souvislosti se supervizí	43
4.1	Etické aspekty výzkumu a sebereflexe výzkumníka.....	43
4.2	Kvantitativní metodologie.....	44
5	Výsledky a vyhodnocení výzkumu.....	50
5.1	Výsledky kvantitativního sběru dat dotazníkovým šetřením	50
6	Jak se dařilo integrovat supervizi do celkového fungování oddělení	55
6.1	Rozhovory pro získání zpětné vazby k supervizi.....	55
7	Shrnutí a diskuse	60
8	Závěr	64
9	Literatura.....	66
10	Seznam tabulek	73

Abstrakt

Cíli této diplomové práce jsou zavedení supervize na psychiatrické oddělení a sledování, zda v souvislosti s realizací supervize dochází k nějakým změnám. První z cílů je především organizačně praktický, respektive vyžadující citlivost pro proces supervize a jeho začlenění do kontextu organizačních procesů i organizační kultury. K naplnění druhého cíle bylo využito standardních metodologických postupů prostřednictvím kvantitativního měření a došlo k porovnání zvolených dat na počátku a v závěru sledovaného procesu zavádění supervize. U sledování změn při zavádění supervize se vycházelo z předpokladu specifických nároků psychiatrického ošetřovatelství na pracovníky, a proto bylo zvoleno sledování změn v odolnosti zaměstnanců vůči stresu, v důvěře a bezpečí v týmu, jejich reflektivitě a očekávání od supervize. Aby bylo možné zodpovědět praktickou otázku, jak se dařilo integrovat supervizi do celkového fungování oddělení, bylo třeba hledat odpovědi z pozice insidera a manažerky oddělení jak pomocí rozhovorů, případně záznamů z porad, tak i zaznamenání konkrétních indicií vypovídajících o interakcích mezi děním na oddělení a v supervizi.

Teoretická část této práce si klade za cíl popsat a vysvětlit pojmy z oblasti supervize a psychiatrického ošetřovatelství, jež jsou relevantní pro zvolené téma případové studie. Zabývá se například tématy, jako jsou zavádění supervize, supervize ve zdravotnictví a psychiatrickém ošetřovatelství, reflektivita aj.

Výsledná zjištění vedla ke dvěma výstupům: jednak k jakým změnám dochází vlivem supervize, jednak k integrování supervize do celkového fungování oddělení. Pozitivní změny byly zaznamenány na úrovni reflektivity, odolnosti vůči stresu a očekávání od supervize. Díky prolínání linie supervize a řízení docházelo ke vzájemnému ovlivňování a na základě vzniklých impulzů byly realizovány změny na úrovni organizační, dále na poli plánování vzdělávání, díky čemuž docházelo ke zvyšování dovedností a kompetencí jednotlivých zdravotníků.

Klíčová slova: supervize, psychiatrické ošetřovatelství

Abstract

The objective of the thesis presents introduction of supervision at a psychiatric ward and observation if any changes occurred in connection with its realization. First of aims is mostly organizationally practical, respectively demanding sensitivity for supervision process and its inclusion into context of both organizational processes and organizational culture. To fulfil the second objective, standard methodological approaches through quantitative measurement were used and the chosen data were compared both at the beginning and conclusion of the observed process of supervision introduction. The monitoring of changes during the introduction of supervision was based on assumptions of specific demands of psychiatric nursing on staff, so the chosen observation of changes was in resistance of employees to stress, in trust and safety in team, its reflectivity and expectations from supervision. To be able to answer to practical question of how well the integration was introduced into the overall functioning of the ward, it was necessary to find answers from the position of insider and ward manager using interviews, possibly meeting record, and based on recording specific clues which testify about interaction between what is happening at ward and supervision.

The theoretical part of the thesis aims to describe and explain terms from the area of supervision and psychiatric nursing, relevant for the chosen topic of the case study. For example, it deals with topics such as introducing supervision, supervision in healthcare and in psychiatric nursing, reflectivity etc.

The final findings led to two outputs being, what changes occur due to influence of supervision and to integration of supervision into overall functioning of the ward. The positive fulfillment of changes occurred at level of reflectivity, stress resistance and expectation from supervision. Thanks to blending of the line between supervision and management, there was mutual influence and based on the created impulses, changes on the organizational, further in the field of education planning were realized and thanks to that increase of skills and competitions of the individual medical staff occurred.

Keywords: supervision, psychiatric ward

1 Úvod

Tato diplomová práce se zabývá zaváděním supervize na psychiatrickém oddělení v okresní nemocnici. Tento projekt jsem realizovala, protože již přes dvacet let působím v psychiatrickém ošetrovatelství na různých pozicích i v různých organizacích, a jen velmi okrajově jsem se setkala se supervizí. Péče o duševně nemocné je velmi specifickým oborem ošetrovatelství, zaujímá odlišnou péči oproti somatickým oddělením a klade na zdravotnický personál požadavek mít dovednosti, jako jsou např. umění komunikovat, umění naslouchat, mít cit pro neobvyklé situace, umět rychle reagovat, zvládat stresové situace aj. V akutní psychiatrické péči se tyto nároky ještě stupňují a jako profesní podporu vnímám právě supervizi.

Výběr tématu byl dán potřebou zavedení supervize do organizace, ve které nově působím jako staniční sestra na akutním lůžkovém oddělení psychiatrie. V roce 2020 se v rámci deinstitucionalizace psychiatrické péče v České republice rozhodla okresní nemocnice realizovat projekt „Nová psychiatrie“, neboť stávající budova neumožňovala poskytování služeb v očekávaném rozsahu. Rozšíření se týkalo právě akutního lůžkového uzavřeného oddělení a dále denního stacionáře. Zavádění supervize probíhalo na akutním lůžkovém oddělení.

Cílem této práce je zavedení supervize na psychiatrické oddělení a sledování, zda v souvislosti s realizací supervize dojde k nějakým změnám, např. v odolnosti zaměstnanců vůči stresu, v důvěře v týmu, efektivitě týmového fungování, otevřenosti, reflektivitě a bezpečí v týmu nebo zvýšení očekávání od supervize.

V diplomové práci využiji metodu případové studie zavádění supervize spolu s technikami dotazníků a vedení manažerských polostrukturovaných rozhovorů. Jde o sledování, popis a získání informací před samotným zavedením supervize, a dále po započetí supervize a vyhodnocení změn po uplynutí cca 11 měsíců od zavedení supervize.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části budu na podkladě studia odborné literatury a článků týkajících se zkušeností se zaváděním supervize mapovat různé vlivy a zkušenosti s tímto procesem ve zdravotnictví. Budu popisovat pojmy v oblasti supervize a psychiatrického ošetrovatelství, které budu následně využívat a mapovat v praktické části – případové studii.

2 Teoretická část

Teoretická část obsahuje vysvětlení pojmů z oblasti supervize a psychiatrického ošetrovatelství relevantních pro zvolené téma případové studie. V oblasti supervize se věnuji pojmům zavádění supervize, kontrakt, supervize ve zdravotnictví, týmová supervize a reflektivita. V oblasti psychiatrického ošetrovatelství se věnuji tématům vzdělávání v okruhu psychiatrického ošetrovatelství, specifiky a rolí zdravotníků v této profesi a supervize v psychiatrickém ošetrovatelství. Představení těchto pojmů a témat je významné pro případovou studii zavádění supervize přiblíženou v praktické části. V ní došlo pomocí úvodního semináře k představení supervize celému týmu, vyjednávání kontraktu a sledování procesu zavedení supervize v týmu.

Souběžně jsme pro sledování změn při zavádění supervize vycházeli z předpokladu specifických nároků psychiatrického ošetrovatelství na pracovníky, a zvolili jsme proto sledování změn v odolnosti zaměstnanců vůči stresu, v důvěře a bezpečí v týmu, jejich reflektivě a očekávání od supervize. Supervize ve zdravotnictví není příliš obvyklá a na sledovaném oddělení nemá s ní téměř nikdo zkušenost.

Na úrovni praxe proto byly součástí našeho cíle zavedení supervize na uzavřeném psychiatrickém oddělení a poskytnutí podpory zaměstnancům při zvládnání náročných situací, se kterými se zde setkávají, při vzájemném učení nebo sdílení postřehů, postojů a pocitů. Kromě náročnosti péče o takto těžce nemocné pacienty zde byl také zcela nově vzniklý tým, u něž bylo možné předpokládat, že se potýká s nejistotami, obavami a různými nepříjemnými pocity v každodenní práci – to vše jsou faktory, které jsme se rozhodli v této práci sledovat, a proto jsou uvedena témata, jak se objevují v literatuře, zařazena i do teoretické části. Podle uvedených předpokladů jsme očekávali, že supervize může být důležitým nástrojem k podpoře, budování vzájemné důvěry, vzájemnému sladování v týmu, otevřenosti, reflektivě, profesnímu růstu, předcházení syndromu vyhoření aj. Proto nás zajímalo, jak jsou podobné fenomény zkoumány, a zda a jak se objevily ve výzkumech supervize.

2.1 Supervize

V kapitole o supervizi jsou popsány okruhy témat a poznatků, o které se opírám v případové studii a jež pokládám je za významné pro můj výzkum. V odborné literatuře existuje řada definic, které se týkají supervize obecně. S ohledem na účel této práce,

vybranou organizaci, kde bude probíhat supervize, a pro moji cílovou skupinu, již tvoří zdravotníci, pracují s tím, co uvádí autoři Havrdová a Hajný. Ti popisují supervizi jako odbornou činnost, při níž supervizor různými prostředky přispívá ke zlepšování kvality práce, profesionálnímu růstu a k plnění dalších cílů vyjednaných mezi supervizorem, zadavatelem supervize a supervizantem či supervizanty vytvořením bezpečného prostoru pro reflexi pracovních témat (Havrdová et al., 2008, s. 19).

Dále jsem pracovala také s tím, co uvádí Hawkins a Shohet, kteří se domnívají, že „supervize je ústřední forma podpory, při níž se můžeme nejen soustředit na vlastní obtíže v práci, ale také se podělit se svým supervizorem o část odpovědnosti za práci s klienty“ (Hawkins, Shohet, 2004, s. 34). Brunero a Stein-Parbury (2008) popisují řadu výhod supervize, mezi něž patří úleva od stresu (Brunero a Stein-Parbury, 2008).

V této případové studii jde také o rozšiřování kompetencí, a právě supervize poskytuje prostor pro rozvoj dovedností, získávání nových vědomostí, porozumění situaci klienta. Venglářová uvádí, že pokud se sestry naučí dobře reflektovat a zpracovávat pocity, mohou udržet profesionální hranice a emoce nevstupují do vztahu s pacientem (Venglářová et al., 2013, s. 26).

2.1.1 Zavádění supervize

Proč se supervizi začít? Smyslem supervize je péče o pracovníka, který díky dobré psychické pohodě i odbornému růstu může lépe poskytovat kvalitní péči pacientům (Venglářová et al., 2013, s. 11). Ve zdravotnictví učí supervize zdravotníky reflektovat svou práci a získávat podporu při emoční a psychické zátěži, jíž jsou vystavováni (Havrdová et al., 2008, s. 179).

Při samotném zavádění supervize se může objevit spousta překážek, které mohou celý proces zhatit (Hughes, Pengelly, 1997). Vždy je důležité podívat se na předchozí zkušenosti se supervizi v organizaci, ať už jsou kladné, nebo záporné (Hawkins, Shohet, 2004, s. 35). Důležitým aspektem je, zda členové organizace projeví zájem o supervizi. Jak uvádí Baštecká (Baštecká, Čermáková, Kinkor, 2016, s. 41), je to v českém zdravotnictví málo pravděpodobné.

Na zavádění supervize je organizaci nezbytné dobře připravit, a také zaměstnancům umožnit, aby porozuměli tomu, k čemu jim supervize může být prospěšná, jaké druhy potíží mohou řešit pomocí supervize, a také, jak uvádí Havrdová et al. (2008), aby věděli, že supervize je kontinuální proces vyrůstající ze vztahu mezi supervizorem a supervizanty.

V ošetřovatelské praxi se shodují Havrdová et al. (2008) i Venglářová et al. (2013), že je důležité připravit prostor pro supervizi pomocí seminářů, případně i ukázek různých metod. Dále se zde mohou vyvrátit jejich domněnky, že supervize je dalším nástrojem kontroly. Proces zavádění supervize je náročnou kulturní změnou, která vyžaduje čas, pečlivé naplánování, monitorování a podporu. Organizace musí zvládnout proces změny, jímž zavádění supervize do organizace bezpochyby je. Tento proces má své zákonité překážky a stadia. Dalším úkolem je získat nové poznatky. K podmínkám pro úspěšné zavedení supervize patří samotný zájem pracovníků, jejich ochota se učit, snaha věci zlepšovat a budovat základní důvěru k supervizorovi (Havrdová et al., 2008, s. 40 a 55).

Havrdová et al. (2008) zmiňuje pro úspěšné zavádění supervize do organizace důležitost resilientní kultury, která je otevřená společnému zvládnání změn a jejich nároků. Pro realizaci efektivní supervize je podle Venglářové et al. (2013) významné, aby se všichni členové týmu mohli zúčastnit daného počtu supervizních setkání – např. 80 % ročně.

Venglářová et al. (2013, s. 15) přehledně uvádí znaky dobré a špatné supervize, na které jsme se též soustředili v praktické části.

Základní znaky dobré supervize:

- postupné vytvoření dobrého vztahu mezi supervizorem a supervidovaným,
- vytvoření bezpečného místa podpory a přijetí,
- poskytování informací a nových podnětů,
- stanovení dobrého kontraktu,
- vědomá práce s etickými problémy a normami.

Základní znaky špatné supervize:

- ponižování, kritizování, zahanbování,
- pouze poučující nebo pouze „hladící“ podoba supervize – nevyváženost obou složek,
- špatně vytvořený vztah mezi supervizorem a supervidovanými,
- nedodržování hranice mezi supervizí a terapií,
- nejasný, špatně vytvořený kontrakt,
- nekompetentnost supervizora (neznalost metod, nedodržování kontraktu, nerespektování etiky atd.),
- špatné načasování intervencí supervizora – přebíhání supervidovaného.

V závěru této kapitoly podtrhuji důležitost a význam pro můj výzkum, že při zavádění supervize ve zdravotnictví je klíčové představení supervize pomocí semináře. Otázka je, zda to následně povede ke zvýšení zájmu pracovníků a k jejich ochotě učit se něco nového. Spolu s tím sleduji to, co uvádí Venglářová et al. (2013, s. 15), tedy proces podílení se na vytváření bezpečného místa, vztahu se supervizorem a společně s ním i vytvoření dobrého supervizního kontraktu, a uvedeným skutečností přikládám význam. Tomuto tématu se věnuji v následující kapitole.

V praktické části společně s tím budu mapovat možné překážky, které se při zavádění supervize mohou objevit, a mohou tak bránit úspěchu zavádění supervize. Překážky se ovšem mohou objevit také na straně supervizora nebo organizace. Havrdová uvádí jako možné překážky nedostatečný zájem pracovníků o supervizi, neochotu se učit nebo nedůvěru k supervizorovi. Překážkou supervize v týmu mohou být reakce na příchod supervizora, jako např. pasivita, bagatelizace problémů, vtipkování, neochota přemýšlet, vyžadování řešení od supervizora, absence zájmu nebo naopak přílišné nadšení a pochlebování supervizorovi (Havrdová et al., 2008, s. 40 a 94).

2.1.2 Supervizní kontrakt

Smyslem kontraktu je redukovat komplexnost procesů, vztahů, rovin, metod a záměrů, aby bylo možné zaměřit pozornost na pole práce, které je pro účastníky supervize významné a v čem se mohou a chtějí pomocí reflexe posunout (Havrdová et al., 2008, s. 65). Každá z forem supervizního vztahu musí mít jednoznačnou smlouvu, kontrakt může být dvojstranný (supervizor–supervizant, supervizor–zadavatel) nebo trojstranný (supervizor–zadavatel–supervizant) (Hawkins, Shohet, 2004, s. 63; Havrdová et al., 2008, s. 71).

Kontrakt by měli mezi sebou uzavřít všichni zúčastnění. V kontraktu je vymezeno, co očekávají všechny strany od supervizního procesu, dále je v něm určena jejich odpovědnost a stanoví se zde rámec pro společnou práci. V případě potřeby lze kontrakt překontraktovat (Havrdová et al., 2008, s. 71).

V kontraktu doporučují Havrdová et al. (2008) dojednat také otázky důvěrnosti, informovanosti a mlčenlivosti. Jsou to principy zajišťující bezpečí pro reflexi, která je samou podstatou supervize.

Obsah kontraktu je rozdělen na část obecnou, tzv. širší, ten zpravidla uzavírá vedení organizace, a část specifickou, užší kontrakt, uzavíraný mezi supervizorem a supervidovanými. Ten se týká konkrétního obsahu a metod práce v supervizi (Venglářová et al., 2013, s. 31).

V tomto procesu je podle Havrdové a Hajného (Havrdová et al., 2008, s. 71) důležité ujasnit následující prvky:

- kdo je zadavatelem supervize,
- kdo je supervizantem,
- kdo je supervizorem,
- jaký je účel supervize.

Kontrakt dále obsahuje:

- podmínky poskytování supervize (frekvence, délka sezení, kdy a kde supervize proběhne, případně další podmínky),
- odpovědnost supervizora,
- odpovědnost supervizantů,
- kdo a jak bude o supervizi informován,
- kritéria úspěchu supervize (je vhodné stanovit měřitelné znaky či parametry splněného očekávání) a způsob jejich hodnocení,
- časový plán.

V této případové studii je kromě základních prvků v supervizním kontraktu velmi důležitá formulace cílů, co konkrétně zkoumaný tým na uzavřeném psychiatrickém oddělení potřebuje, a také seznámení se s kontraktem všemi zúčastněnými v týmu. V následující kapitole se věnuji zkušenostem ze supervize ve zdravotnictví v zahraničí, jakož i v České republice.

2.1.3 Supervize ve zdravotnictví, možnosti využití ve zdravotnictví

O supervizi ve zdravotnictví můžeme hovořit již od roku 1902, kdy se jednalo o supervizi porodních asistentek ve Velké Británii. Gorzanski se domníval, že kvalita práce porodních asistentek velmi úzce souvisí s kvalitou poskytované supervize (Havrdová et al., 2008, s. 179).

V oblasti zdravotnictví není supervize zatím upravena zákonem ani vyhláškou. Supervize je v českém ošetrovatelství velmi málo obvyklá, výjimku tvoří supervize v psychoterapii, kde absolvování supervize je podmínkou pro získání funkční specializace v psychoterapii (Venglářová et al., 2013, s. 11).

Butterworth a Faugier byli jedni z prvních, kdo nabízeli model klinické supervize pro zdravotní profesi, a navrhli mechanismy, kterými by bylo možné zavést supervizi do praxe. Z tohoto výzkumu existuje mnoho poznatků o účincích supervize. Podle autorů poskytuje potřebnou příležitost k rozvoji dovedností a náležitou podporu i rozvoj. Ukazují, že zejména u nových zaměstnanců existuje potřeba sdílet nejistoty s ostatními zkušenými zaměstnanci (Butterworth, 1992). Mezi další významné studie patří výzkum, který publikovali britští autoři roku 1998. Ti vedli rozhovory s 34 zdravotními sestrami, které se zúčastnily supervize, a uvádějí, že díky supervizi se sestry cítily otevřenější, uvolněnější, více nadšené pro práci, a také došlo k posílení vztahů s kolegy (White et al., 1998).

Ve výsledcích norské studie autorek Bégat a Severinsson (2006) bylo zjištěno, že supervize má vliv na prožívání zdravotní pohody sester. Ty z nich, jež navštěvovaly klinickou ošetrovatelskou supervizi, uváděly zvýšenou spokojenost se svým psychosociálním pracovním prostředím.

V ošetrovatelském odvětví popisuje Marková (in Havrdová et al., 2008) tři formy supervize – řídicí, vzdělávací a podpůrnou. Řídicí supervize má vést zdravotníky k tomu, aby dobře porozuměli své roli, dobře znali své pracovní kompetence, přejímali odpovědnost za svou práci a aby jejich péče odpovídala předpisům a standardům. Vzdělávací supervize staví do popředí reflexi vlastní práce a pomáhá přenášet teoretické znalosti do vlastní činnosti. Podpůrná funkce supervize se nejvíce uplatňuje při práci s emocemi (Havrdová et al., 2008, s. 178).

John R. Cutcliffe, Graham Sloan a Marie Bashaw (2018, s. 1344–1363) provedli přehled empirických hodnocení supervize v ošetrovatelství v období let 1995 až 2015 (např. ve Velké Británii, Skandinávii, Austrálii, na Novém Zélandě a v menší míře v Kanadě a Spojených státech), aby zjistili stav vědy. Z některých výsledků vyplývá, že v případě, že je supervize poskytována nadřízeným, tvrdí Mullarkey et al. (2001), že poskytnutí svobody supervizantům, aby si mohli vybrat svého supervizora, by mělo být klíčovou zásadou pro supervizi. Z přezkoumávaných výzkumů vyplynulo, že existuje důkaz o nezbytnosti školení účastníků supervize a přípravy na supervizi. Při absenci odpovídajícího školení bude obtížné

zavést kompetentní supervizní praxi. V této studii uvádí práci Alleyne a Jumay (2007) a Sloana a Watsona (2001) a představují pozitivní výsledky supervize. Alleyne a Jumaa (2007) ve svém výzkumu zdravotních sester v primární péči uvedli, že skupinová supervize se šesti okresními zdravotními sestrami a dvěma doktorandkami zvýšila jejich sebedůvěru při řízení změn a vedení lidí.

Sloan a Watson (2001) referují o pilotní studii zahrnující jednu případovou lokalitu, komunitní tým pro duševní zdraví se šesti účastníky, kteří se zapojili do sběru dat prostřednictvím individuálních hloubkových rozhovorů. Z otevřené tematické analýzy vyplynulo, že mezi intervence supervizora patřily převzetí vedení, navržení možnosti, zkoumání práce supervizanta, zpětná reflexe, vyjádření porozumění problémům klientů, podpora a poskytování informací. Malin (2000) v kvalitativní studii 11 zdravotních sester pracujících v rámci komunitní služby pro dospělé osoby s mentálním postižením uvádí, že supervize sice zlepšila vztahy v týmu, ale že existovaly nejasnosti ohledně základního účelu supervize.

Hancox et al. (2004) provedli kvantitativní studii s cílem prozkoumat školicí program pro supervizi s 63 sestrami pracujícími v oblasti duševního zdraví v australském státě Victoria a uvádějí 100% míru odpovědí. Osoby provádějící supervizi samy uváděly, že se u nich zvýšilo porozumění supervizi, což vedlo ke zvýšení důvěry v poskytování supervize ostatním. Dawson et al. (2012) ve své studii uvádějí, že supervizoři celkově považovali přijímání supervize za ceněné a důležité.

Na základě výsledků uvedených zahraničních výzkumů různých autorů a z literatury jsem vytipovala témata a faktory, které sleduji v rámci své případové studie. Sleduji a porovnávám předpokládané změny probíhající v souvislosti s využitím supervize, jako jsou např. rozvoj dovedností a kompetencí, otevřenost, uvolněnost, posílení vztahu s kolegy nebo změny důvěry v čase.

2.1.4 Týmová supervize

Tato kapitola je věnována týmové supervizi, neboť právě tato práce se zaměřuje na zavádění týmové supervize pro tým zdravotníků z konkrétního oddělení, kterou popisují v případové studii.

Týmová supervize je práce se skupinou pracovníků, kteří mají vzájemně provázaný pracovní život. Předpokládá se, že supervizi nepotřebují jen členové týmu, ale ještě další „entita“, jež bývá označována jako týmová kultura (Hawkins, Shoheit, 2004, s. 140). Ve zdravotnictví jsou velmi rozmanité týmy a stále existuje malá propustnost interakcí mezi lékaři a nelékařskými obory (Venglářová et al., 2013, s. 51).

Shrnutí výhod a nevýhod týmové supervize přehledně popisuje Venglářová et al. (2013, s. 56) v následující tabulce:

Tab. 1: Výhody a nevýhody týmové supervize

Výhody skupinové formy supervize	Nevýhody skupinové formy supervize
Finanční Časové Podpora ostatních v týmu Supervizor může sledovat různé reakce na probírané téma Pracovníci nabízejí škálu životních i profesních zkušeností Možnost využití techniky (hraní rolí)	Méně odráží individuální charakter práce Chybí pohled zvenčí (jen od supervizora) Je nutné pracovat se skupinovou dynamikou Je méně času na jednotlivé členy

Zdroj: Venglářová et al. (2013, s. 56)

Hajný (2004) zmiňuje ještě další výhody a uvádí, že týmová případová supervize snižuje riziko nadměrné závislosti na supervizorovi. Co se týká nevýhod, zde se snadněji může stát, že kolega, který případ přinese, nedostane, co potřebuje, a také se zvyšuje riziko nevhodného úniku informací.

Externí týmová supervize

Pro tuto případovou studii byla vybrána externí týmová supervize. Základním úkolem je pěstování reflexe a sebereflexe za pomoci externího pracovníka a cílem je zlepšovat spolupráci, soudržnost týmu v péči o klienty. Dochází zde k výměně zkušeností, postojů i k podpoře aj. Externí supervizor přichází do týmu jako odborník, který může zahlédnout zvenčí možnosti, řešení, které členové týmu vidět nemusí (Baštecká, Čermáková, Kinkor, 2016, s. 106, 183).

Baštecká, Čermáková, Kinkor (2016, s. 106–112) popisuje několik forem týmové supervize:

- **Týmová případová supervize.** Zaměřuje se na konkrétní práci s klientem. Pracovníci se dozvídají jak o situacích, tak o klientech, přemýšlejí a řeší konkrétní situace s ostatními kolegy týmu. Učí se od sebe navzájem, vyjasňují se rozhodovací procesy a upevňuje se vědomí společného „my“. Lidé v týmu se navzájem učí a poznávají se i lidsky.
- **Týmová vztahově komunikační supervize.** Ta se zaměřuje se na vztahy, komunikaci, role, zodpovědnost, spolupráci, podporu soudržnosti a souhry v týmu. Tématy vztahově komunikační supervize se mohou stát reflexe toho, co kdo v týmu dělá, jaké jsou postoje jednotlivých členů, jaké jsou v týmu týmové role, jaká je převládající atmosféra v týmu, jak se spolu lidé v týmu domlouvají, jaká je péče v týmu o sebe aj.
- **Týmová supervize řízení.** Je určena pro tým, který pracuje ve vedení organizace. Supervize se zaměřuje na reflexi řídicích procesů a je srovnatelná s případovou supervizí, v níž se místo práce s „případem“ zachází s manažerskými situacemi. Týmová supervize řízení může reflektovat cíle, poslání i kulturu organizace, time management, zvládání zátěže, motivování, hodnocení, odměňování, dlouhodobé strategie aj.

Hajný (2004) uvádí, jak předcházet obtížím při případové týmové supervizi, a klade důraz na pečlivou péči o vyjednávání podmínek supervize, dále je také vhodné se zaměřit na „čištění“ možných skrytých snah o budování koalic, destruktivitu a falešné cíle. Supervizor musí střežit průběh skupinové dynamiky a bránit, aby se supervize nestala místem pro neadekvátní interakci. Neměla by být zaměřována na protipřenosové fenomény reflektujícího a podporována v tomto směru. V rámci týmu je užitečnější takový proces zastavovat, případně pojmenovat, změnit zaměření a nabídnout bezpečnější způsob vyjádření. Užitečné je při supervizi více strukturovat diskusi, průběžně a flexibilně zastavovat a nechat skupinu reflektovat dění. Vhodné načasování pro sdílení vlastních zkušeností a úskalí práce může přispět ke snížení obav ze selhání a studu spojeného se sdílením své práce s klienty (Hajný, 2004).

V naší případové studii jsou využívány formy týmové supervize, které popisuje Baštecká, Čermáková, Kinkor (2016), jako týmová případová supervize a týmová vztahově komunikační supervize.

2.1.5 Reflektivita v supervizi

Výraz pochází z latinského slova reflexio, který bývá překládán jako obrácení k sobě. „Reflexe předpokládá zastavení a obrácení pozornosti na určitý úsek zkušenosti, a jestliže je toto zastavení spojeno s tvůrčí otevřeností, s vytvořením prostoru mysli pro něco nového, tak může dojít k reflexi, v níž dojde k novému nazírání této zkušenosti“ (Havrdová et al., 2008, s. 20).

Reflexe je pro supervizi klíčovým pojmem. Do oblasti pomáhajících profesí jej vnesl Donald Schön, který upozornil na dva procesy zastavení v běžné praxi a nazval je *Reflection-in action* (reflexe v akci) a *Reflection-on action* (reflexe o akci) (Havrdová et al., 2008, s. 20). Howard (2020, s. 641–642) uvádí, že supervize byla vyvinuta s cílem poskytnout zdravotníkům prostor pro reflexi a slouží k profesnímu rozvoji.

Mezi faktory usnadňující reflexi se řadí například osobnostní dispozice, atmosféra bezpečí, zkušenost, že reflexe přináší žádoucí výsledky, nebo podpora ze strany organizace. Zajištění těchto podmínek je úkolem supervizora, ten se stará o vytvoření atmosféry bezpečné pro reflexi (Havrdová et al., 2008, s. 21).

V následující kapitole se budu věnovat podrobněji reflexivitě v týmech a uvedu přehled o poznacích z různých studií a literatury, které jsou z mého pohledu výzkumníka důležité pro tuto případovou studii.

2.1.6 Reflexivita v týmech

Schippers (2003) uvádí, že týmy se obecně nezapojují do reflexivního chování spontánně, a zároveň identifikovala několik faktorů, které zvyšují, nebo naopak snižují možnost reflexivních aktivit v týmech. Mezi charakteristiky týmů, které mají vliv na jejich reflexivitu, náleží jako nejdůležitější důvěra, psychologické bezpečí, sdílená vize a rozmanitost (Widmer, Schippers, West, 2009, s. 3–4). Ve studii mezi 51 pracovními týmy Edmondson (1999) zjistila, že psychologické bezpečí je skutečně nejdůležitějším prediktorem týmového učení, a Baštecká, Čermáková, Kinkor (2016, s. 17) také uvádí důležitost budování důvěry a bezpečí v supervizi (Widmer, Schippers, West, 2009, s. 4). Pro tento výzkum, na kterém pracuji, je významné sledování, zda v souvislosti se supervizí

dochází k určitým změnám právě ve vnímání bezpečí v týmu a zda v té souvislosti dochází v průběhu času k předpokládanému zvyšování reflektivity v týmu.

Efektivní týmy jsou důležitými základními kameny úspěšných organizací. West (1996) označil reflexivitu za důležitý determinant efektivity týmu. Jestliže členové kolektivně přemýšlejí o způsobu své práce a prostředí, ve kterém pracují, plánují přizpůsobení těchto aspektů, stávají se poté týmy efektivnějšími.

Schippers a West (2015, s. 769, 783) tvrdí, že vysoce reflexivní týmy budou v náročném pracovním prostředí inovativnější než týmy s nízkou reflexí. Terénní studie 98 týmů primární zdravotní péče ve Spojeném království potvrdila jejich předpovědi. Týmová reflexivita pozitivně souvisela s týmovou inovací a týmová reflexivita a pracovní nároky se vzájemně ovlivňovaly tak, že vysoké úrovně obou předpovídaly vyšší úroveň týmové inovace. Ty týmy, které mají vysoké pracovní vytížení a nízkou reflexivitu, jsou na tom z hlediska inovací hůře než jiné týmy.

Udo Konrad společně s dalšími autory zkoumali dlouhodobé změny reflexe v týmech v průběhu času a chtěli zjistit, zda tyto změny souvisejí s implicitními a explicitními koordinačními procesy a zlepšováním výkonnosti. Účastníky studie byli studenti obchodní akademie na nizozemské univerzitě. Studenti byli rozděleni do týmu a plnili různé druhy týmových úkolů, týmy byly zkoumány ve třech časových bodech a vyplňovaly dotazníky o svých týmech v průběhu dvou měsíců. Výsledky zdůrazňují hodnotu vysoké úrovně reflexe, neboť se ukázalo, že tato úroveň podporuje implicitní koordinaci v pozdějších fázích týmové práce, což následně zvyšuje výkon. Týmy, které začínaly s nízkou výchozí úrovní reflexe, a postupem času svou reflexi zvyšovaly, nebyly schopny rozvinout odpovídající implicitní koordinaci (Konrad et al., 2021, s. 2–12).

Jak uvádí Baštecká, Čermáková, Kinkor (2016, s. 17), v supervizi je velmi důležité bezpečí a budování důvěry, což následně pozitivně ovlivňuje reflektivitu, a také podle výše zmíněných výsledků studií může ovlivňovat efektivitu práce.

Havrdová, Růžička a Lorenz (2022, s. 92–106) vedli studii s cílem porozumět rozdílům v tom, jak sociální pracovníci a zdravotní sestry vnímají a využívají reflexi a sebereflexi ve své profesní praxi, pomocí kvalitativních rozhovorů s 11 sociálními pracovníky a šesti zdravotními sestrami. Sociální pracovníci jsou, na rozdíl od zdravotních sester, k reflexi vedeni již během svého studia. Reflexe probíhá na vyšších úrovních, ale jen některé si pracovník uvědomuje. Jsou zde ukázány různé podoby reflexe a v rozhovorech se

potvrzovalo, že pro sestry jsou bližší první dva z pěti stupňů využívání reflexe (praktická reflexe, abreaktivní), individuálně též třetí stupeň (korektivní sebereflexe a reflexe), což souvisí zřejmě s tím, že k vyšším stupňům inklinují pracovníci za speciálních podmínek kultivace v používání reflexe. Může to být ovlivněno organizační kulturou a důvěrou v týmu. Sestry – až na výjimky – neměly zkušenost s pojmy *reflexe* a *sebereflexe* a během rozhovorů pro ně bylo obtížné se k tématu vyjadřovat. Sociální pracovníce v těchto komunikačních situacích působily mnohem jistěji, nejspíš proto, že pro ně nejsou tyto pojmy cizí.

Schön (1983) považuje reflexi a sebereflexi za určující znak dobrého profesionála, za klíč práce, kterým se zdravotníci vyrovnávají se situacemi nejistoty, nestability, jedinečnosti a hodnotovými konflikty ve svém pracovním životě.

Ve studii reflektivity sociálních a zdravotních pracovníků Eibicht (Eibicht, Lorenz, Havrdová, 2022, s. 732–733) analyzovala reflektivitu u 127 studentů prvního ročníku magisterského programu Řízení a supervize na Karlově univerzitě v Praze. Tito studenti měli předchozí zkušenost ze sociální práce nebo zdravotnictví. Studentům byly administrovány dva ověřené dotazníky (SRIS a PHLMS) a předpokládalo se, že sociální pracovníci dosáhnou vyšších hodnot ve škále reflektivity, vzhledem k tomu, že mají ze zákona přístup k supervizi, na rozdíl od zdravotníků. To se nepotvrdilo, ale vyšší hodnoty dosáhli studenti supervize oproti studentům řízení bez ohledu na to, zda šlo o zdravotníky, nebo o sociální pracovníky.

V souvislosti s reflektivitou týmu jsou v této případové studii sledovány důvěra i bezpečí v týmu a na základě toho, zda bude docházet pomocí supervize v průběhu času k předpokládanému zvyšování reflektivity, důvěry i bezpečí, a také zda povede k efektivnějšímu fungování a práci v týmu v pomáhající profesi.

2.2 Psychiatrické ošetřovatelství

V kapitole o psychiatrickém ošetřovatelství se věnuji tématům, která jsou významná pro tento výzkum. Jedná se o profesní rozvoj, přiblížení kompetencí sester na psychiatrii, požadavky kladené na personál i jeho role a představení zkušeností ze supervize v psychiatrickém ošetřovatelství ze zahraničí. Výčet požadovaných kompetencí u personálu je v literatuře rozmanitý.

Zdravotnický personál, který se účastní naší případové studie, z větší části neměl zkušenost s psychiatrickým ošetřovatelstvím, a o to důležitější pro nás bylo sledovat, zda

supervize pomůže ke změnám také v dosažení některých odborných kompetencí, jež jsou v této oblasti odbornosti považovány za významné. Vzhledem k tomu, že mezi různými autory neexistuje shoda v této oblasti, rozhodli jsme se toto téma zpracovat v samostatné kapitole teoretické části jako vodítko pro výběr relevantních témat pro výzkum změn. Ty jsou významné z hlediska výběru otázek pro rozhovory vedené v rámci případové studie.

2.2.1 Profesionální rozvoj a vzdělávací programy v psychiatrickém ošetřovatelství

Současná česká legislativa rozlišuje u nelékařských zdravotnických pracovníků odbornou způsobilost (např. všeobecná sestra, zdravotnický asistent a ergoterapeut) a specializovanou způsobilost, kam se řadí např. sestra pro péči v psychiatrii. Tuto specializaci lze získat absolvováním specializačního vzdělávání, tento typ vzdělávání vznikl v roce 1960, kdy bylo založeno Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, v současnosti je tato organizace známa pod názvem Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (Petr et al., 2014, s. 37).

„Cílem specializačního vzdělávání v oboru Ošetřovatelská péče v psychiatrii je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Sestra pro péči v psychiatrii osvojením si potřebných teoretických znalostí, praktických dovedností, návyků týmové spolupráce i schopnosti samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnou legislativou“ (NCONZO, 2020, s. 2). V letech 1997 až 2004 bylo možné získat specializaci v oboru Diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách. Specializovaná způsobilost není legislativní podmínkou pro práci sestry na psychiatrii, je však žádoucí vzhledem ke specifickým nárokům oboru (Petr et al., 2014, s. 37).

V roce 2011 vydala Evropská asociace psychiatrických sester Horatio dokument nazvaný Deklarace z Turku, kde popisuje specifickou roli psychiatrických sester v péči o duševně nemocné. Na dokumentu se podílelo 18 profesionálů z 11 evropských zemí a pokusili se najít a definovat základní požadavky na kvalifikaci i celoživotní vzdělání psychiatrických sester a popsat kompetence. Součástí je i podporování a vytváření programů pro psychiatrické sestry na postgraduální úrovni, a také vysoké školy by měly být povzbuzovány k tomu, aby sdílely programy na mezinárodní úrovni (Petr et al., 2014, s. 40–41, 280) V ČR lze nově od roku 2020 studovat na lékařské fakultě v Ostravě navazující magisterský obor Ošetřovatelská péče v psychiatrii (Ostravská univerzita, 2023).

Důležitost specializovaného vzdělání je chápána jako lepší orientace v oboru a současně podílení se na zvyšování kvality péče o pacienty s duševním onemocněním. Také

dochází k větší propojenosti a chápání všech potřebných kompetencí, edukací, požadavků kladených v této roli (NCNZO, 2020, s. 5 a 6). Organizace, ve které je zaváděna supervize, je pozitivně nastavená ve vzdělávání všech zaměstnanců a podporuje zaměstnance ve specializačním vzdělávání i zvyšování kvalifikací jednotlivých pracovníků.

V dalších kapitolách přibližuji kompetence sester na psychiatrii, požadavky, jež jsou kladeny na tyto zdravotníky, a role zdravotníků v tomto oboru. Za významné pro tuto práci považuji motivaci a zájem zaměstnanců o další vzdělávání a rozšiřování kompetencí, také možnost předávání zkušeností jeden druhému nejen prostřednictvím supervize.

2.2.2 Kompetence sestry na psychiatrii

Kompetence ve smyslu činností, k jejichž provádění je sestra oprávněna, jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., přičemž ošetrovatelská péče v psychiatrii podle této vyhlášky naplňuje kritéria specializované ošetrovatelské péče (Petr et al., 2014, s. 37).

Kompetencím sester na psychiatrii se věnují Tomáš Petr a Eva Marková. Podle Blanky Novotné (Petr et al., 2014, s. 38) by měla specializovaná sestra pro psychiatrii vykonávat zejména následující činnosti a být na ně odborně připravena. Jedná se o tyto:

- **Vyhodnocování potřeb pacientů, projevů onemocnění i rizikových faktorů, dále je sestra schopna identifikovat potřeby a známky zhoršování psychického stavu.**
- **Podpora a rehabilitace – sestra napomáhá při adaptaci na životní podmínky a dokáže pacientovi poskytnout psychoterapeutickou podporu.**
- **Ošetrovatelská péče o pacienta v omezení.**
- **Začleňování do vlastního sociálního prostředí – sestra koordinuje spolupráci mezi nemocničními a komunitními službami.**
- **Poradenská činnost – v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace.**
- **Krizová intervence a psychoterapie – zná a používá pomocné psychoterapeutické techniky.**

2.2.3 Požadavky a dovednosti kladené na zdravotníky na psychiatrii

Těžiště práce sestry na psychiatrii je zcela odlišné od práce na somatických odděleních, důležitost spočívá v navázání vztahu s pacientem, provázení pacienta v jeho obtížném období (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 57).

Specializovanou péčí se rozumí poskytování péče u těch pacientů, kteří mají patologické změny v psychickém stavu (Petr et al., 2014, s. 38).

Hlavní součástí psychiatrického vyšetření je rozhovor s nemocným. Höschl et al. uvádí, k jakým účelům slouží rozhovor s nemocným:

1. získání anamnézy,
2. navázání kontaktu a terapeutického vztahu,
3. vytvoření atmosféry vzájemné důvěry,
4. porozumění stavu nemocného,
5. sestavení léčebného plánu (Höschl et al., 1997, s. 28).

K principům komunikace patří, že pracovník hovoří klidně, pomalu, snaží se vyhýbat odborným výrazům apod. Například Höschl et al. (1997, s. 28–29) doporučuje, aby zdravotník měl schopnost vyslechnout nemocného s pochopením, bez hodnoticích postojů, nezbytností zdravotníků je umět zvládat své emoce a mlčenlivost je základním předpokladem pacientovy důvěry.

Höschl et al. (1997, s. 131) a Marková, Venglářová, Babiaková (2006, s. 57) zdůrazňují schopnost ovládnutí odborné problematiky, ovládnutí základů psychoterapie, ale také umění dobře ovládat sebe sama, ohleduplnost, citlivost, schopnost empatie, nenechat se vyprovokovat a být trpělivý. V psychiatrii je kladen vysoký nárok na přizpůsobení péče individualitě pacientů.

Také Doubek (Doubek et al, 2008, s. 43) zmiňuje náročnost komunikace s nemocnými trpícími psychózou, to je pro zdravotníky velmi náročné. Důležité je, aby nemocní mohli zdravotníkům důvěřovat, potřebují rovněž cítit přijetí a zdravotníci musí mít na paměti, že nemocný je zahlcen psychotickými prožitky a je pro něj obtížné rozlišovat mezi důležitými a nedůležitými informacemi. Sestra i ošetrovatelský personál by se měly vyhýbat chybnému chování vůči pacientům, mezi které patří např. ironické chování, nedostatek zdvořilosti, negativní postoj a také přehnaná péče o pacienty, vedoucí k pasivitě pacienta (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 88).

Obzvlášť někteří pacienti kladou velké nároky na sebeovládání ošetrovatelského personálu a podle Honzáka (2009) patří zaměstnanci v psychiatrických zařízeních k nejhroženějším syndromem vyhoření, který může pramenit z dlouhodobých emocionálních nároků, přičemž syndrom vyhoření se u nich může dostavit už po krátké době. Mezi okolnosti jeho vzniku řadíme stres, frustraci z nenaplněných představ o léčbě, špatné pracovní podmínky, nesoulad v týmu aj.

V posledních letech se začínají na těchto pracovištích objevovat preventivní programy a uplatňuje se a využívá supervize (Honzák, 2009; Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 92). Také Howard (2020, s. 641) uvádí, že v psychiatrickém ošetrovatelství se setkávají zaměstnanci s nejvyšší mírou zkušenosti s psychickým stresem a traumatem a reflektivní supervize byla identifikována jako důležitý prostředek podpory personálu. Zároveň pomáhá předcházet syndromu vyhoření a zlepšovat kvalitu poskytované péče. Jedním z hlavních faktorů, jak předcházet syndromu vyhoření, je žít smysluplným životem, mít pořádek v žebříčku hodnot, vědět, co je důležité, co méně, jakož i to, co je možné oželeť. Dalším momentem je rovnováha mezi tím, co nás zatěžuje, a tím, co nám dodává sílu (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 28).

Tomáš Petr a Marek Procházka popisují (2021, s. 306–308) metodiku Safewards, která nabízí inspirativní pohled na vytváření pozitivní atmosféry na psychiatrických odděleních, a na základě mnoha výzkumů navrhuje intervence, jejichž cílem je minimalizovat výskyt konfliktů, nežádoucích událostí a používání omezovacích prostředků. Popisují výsledky studie z Velké Británie, která byla prováděna na 15 psychiatrických odděleních, kde byly implementovány intervence Safewards. Došlo zde k úbytku výskytu konfliktních událostí o 15 % a k redukci omezování o 26,4 %. Metodika Safewards se snaží zdroje konfliktů, které jsou běžně přítomné na oddělení, systematicky zmírňovat, a tím předcházet konfliktu. Využívá pozitivní strategii a nabízí konkrétní a jednoduše realizovatelná opatření, nebo demonstruje konstruktivní způsoby chování personálu a nekonfliktní komunikační vzorce. Cílí na změnu přístupu zdravotnického personálu i posilování partnerského vztahu.

Mezi 10 Safewards-intervencí patří:

- Vyjasněná vzájemná očekávání – mezi pacienty navzájem a mezi pacienty a personálem – založená na vzájemném respektu a podpoře. Výstup je v písemné podobě zveřejňován na oddělení.
- Vlídne vyjadřování – zahrnuje tipy pro komunikaci.

- Deeskalace.
- Pozitivita ocenění – personál nemluví o pacientech jen negativně, měl by zmiňovat pozitivní prvky.
- Zmírňování dopadu špatných zpráv – personál musí být připraven pacienta vhodným způsobem podpořit.
- Poznávejte jeden druhého – přispívá ke tvorbě partnerského vztahu.
- Kruh vzájemné pomoci – personál vede pacienty aktivně k tomu, aby si navzájem pomáhali.
- Pomůcky pro zklidnění – nabídnout pacientovi možnosti ke snížení napětí.
- Zklidňování situace – ošetření emocí, poskytnutí informací o proběhlém konfliktu, dostupnost personálu, vhodný způsob vysvětlení situace.
- Vzkazy při propuštění – sdílení pozitivních vzkazů od propuštěných pacientů (např. nástěnka), dodávají tím hospitalizovaným pacientům naději (Česká a slovenská psychiatrie, 2021, s. 309).

Petr et al. (2014, s. 175) popisuje, že celková atmosféra v týmu hraje v péči o nemocné významnou úlohu, čím je otevřenější a přirozenější atmosféra oddělení, tím méně dochází ke konfliktním střetům.

2.2.4 Role zdravotníků v psychiatrickém ošetřovatelství

Role psychiatrických sester je v této oblasti nenahraditelná. Sestra by měla umět vysvětlit, co se děje, a motivovat pacienta. Na psychiatrických odděleních má personál zkušenosti s prováděním různých intervencí. *„Včasná analýza situace, adekvátní komunikace a vhodné prostředky dokážou často vzniku agitovanosti, či agresivního chování předejít nebo ho vyřešit“* (Kasal, 2019, s. 126).

V akutní fázi onemocnění často nebývá možné pacienta motivovat, ale vždy by měl být rovnocenným partnerem, důležité je umět aktivně naslouchat. Zajištění důstojného zacházení s pacienty klade vysoké nároky na pracovníka, vždy by jakýkoli náznak nevhodného chování či přístupu k pacientovi měl být prodiskutován. Pro snazší vyrovnávání se s náročnými pacienty jsou důležité dobrá atmosféra v týmu, péče o duševní hygienu, možnost ventilovat emoce aj. (Petr et al., 2014).

Psychoedukace

Součástí práce sestry na psychiatrickém oddělení je psychoedukace, jejímž hlavním úkolem je poskytnout nemocným informace o povaze nemoci, nácvičku sociálních dovedností, poskytnutí podpory aj. a jde o zásadní součást prevence relapsu (Doubek et al., 2008, s. 34). Sestra by také měla umět vysvětlit důležitost užívání léků, vysvětlit, jaké mohou být důsledky vysazení medikace, a motivovat pacienta k pravidelnosti užívání léků. Nejvhodnější čas na psychoedukaci je pro odeznění ataky psychotického onemocnění. Pacienti sami uvádějí, že psychoedukace je pro ně užitečná až v době, kdy se na ni dokážou soustředit (Petr et al., 2014, s. 160; Seifertová et al., 2008, s. 95).

Tomáš Petr popisuje zásady úspěšného vedení edukace:

- Používejte pacientova slova – pacient by se měl v průběhu edukace cítit jako rovnocenný partner.
- Respektujte pacientovy komunikační schopnosti – konverzaci je třeba strukturovat, hovořit v krátkých větách, nespěchejte apod.
- Používejte otevřené otázky – ponechávají větší prostor pro odpověď dotazovaného.
- Využívejte metodu aktivního naslouchání – pokuste se porozumět, co mluvčí přesně říká, cítí, dělá.
- Sumarizování – v průběhu i na konci rozhovoru zařaďte krátké shrnutí důležitých informací.
- Získejte pacienta ke spolupráci – nerozhodujte za pacienta, číňte společná rozhodnutí.
- Buďte flexibilní – přizpůsobení délky setkání, obsahu setkání i momentálnímu rozpoložení apod.
- Buďte otevření a upřímní – pacient by měl vědět, proč se scházíte a jaký z toho bude mít prospěch (Petr et al., 2014, s. 160–162).

Výše zmíněné požadavky a nároky, které jsou kladeny na ošetrovatelský personál na psychiatrickém oddělení, pokládám za důležité v této případové studii, protože se na vnímání této náročnosti podílí bezpečí, klima v týmu, reflexivita, a s tím pracuji v praktické části. Na sledování uvedených nároků byly zaměřeny obsahy otázek kladených v rozhovorech při sledování změn v případové studii.

2.2.5 Supervize v psychiatrickém ošetřovatelství

Za významné pro tento výzkum, na kterém pracuji, pokládám to, co uvádí Howard (2020, s. 641–642), a sice že supervize byla vyvinuta s cílem poskytnout zdravotníkům prostor pro reflexi a slouží k profesnímu rozvoji. Supervize je tímto autorem popisována také jako proces profesní podpory a učení, který umožňuje jednotlivým odborníkům rozvíjet znalosti i kompetence a přebírat odpovědnost za vlastní praxi. Ve srovnání s jinými profesemi, jako je např. psychologický terapeut, který se musí zapojit do supervize z důvodu registrace a pokračování praxe, sestry tuto povinnost nemají.

Existuje řada studií o supervizi v psychiatrickém ošetřovatelství. In *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (2012, s. 469–470) ve studii Edwards (2005) spolu s dalšími autory na vzorku 260 (32 %) komunitních sester pro duševní zdraví ve Velké Británii uvedli, že supervize byla pozitivněji hodnocena tam, kde sezení trvala déle než hodinu a probíhala alespoň jednou měsíčně. Vnímaná kvalita supervize byla také vyšší u těch sester, které si vybraly svého klinického supervizora a kde se sezení konala mimo pracoviště. Čas, prostor a možnost volby se ukazují jako důležité faktory ovlivňující efektivní poskytování supervize. Dále Sloan provedl deskriptivní šetření dobrého supervizora u zdravotních sester pracujících s duševně nemocnými a jako důležité vlastnosti byly vnímány schopnost vytvářet podpůrné vztahy, umět dobře naslouchat, vnímali supervizora jako vzor, ke kterému vzhlížejí a jehož znalostí si váží.

Berg a Hallberg (1999, s. 371–378) vedli studii ve Švédsku s 22 psychiatrickými sestrami na psychiatrickém oddělení a zkoumali vliv supervize na pocit soudržnosti psychiatrických sester, jejich kreativitu, pracovní zátěž, spokojenost s prací a pohled na účinky supervize před supervizí, v jejím průběhu a po jednom roce supervize. Výsledky studie podpořily myšlenku, že supervize a plány ošetřovatelské péče se supervizí představují jeden typ podpůrné strategie, která zlepšuje kreativitu a organizační klima. Tvořivé a inovativní klima v organizaci se výrazně zlepšilo v dimenzích důvěry, času na nápady a konfliktu. Výrazně se také zlepšil pohled sester na účinky supervize. Pocit soudržnosti sester zůstal během intervence stabilní. U některých proměnných tedy došlo ke zlepšení, zatímco u jiných nikoliv. Silnou stránkou studie bylo, že do ní byly zahrnuty všechny sestry z oddělení a že měření závislých proměnných bylo shromažďováno před supervizí a po ní.

V dánské univerzitní nemocnici se zúčastnili zaměstnanci tří psychiatrických oddělení studie (83 zaměstnanců) na účinky a přínos supervize. Studie byla prováděna souběžně s rozsáhlejším školicím programem pro zaměstnance na téma motivačních rozhovorů. K měření efektivity klinické supervize byl použit dánský překlad Manchester Clinical Supervision Scale 26 zahrnující šest dílčích škál (Gonge et al. 2011) (MCSS). Randomizací byli rozděleni a po randomizaci bylo do intervenčního programu zařazeno 40 zaměstnanců, zbývajících 43 zaměstnanců tvořilo kontrolní skupinu (absolvovali pouze školení v motivačních rozhovorech). Personálu z intervenční i kontrolní skupiny byla nabídnuta obvyklá klinická supervize na jejich odděleních. Devět zaměstnanců bylo vyřazeno z důvodu mateřské dovolené a externích vzdělávacích programů, čímž se vzorek zmenšil na 74 zaměstnanců. V intervenční a kontrolní skupině tak zůstalo 38 a 36 účastníků. Cílem intervence bylo posílit praxi klinické supervize u ošetrovatelského personálu prostřednictvím vzdělávací přípravy na supervizi a systematické reflexe již existující supervize. Zajímavé je, že oddělení, na kterém došlo k výrazné změně, bylo oddělení s nejvyšším počtem interventů a kontextovou výhodou, že se jednalo o oddělení, které poskytovalo zdaleka nejvyšší počet supervizí v průběhu tří měsíců. (sedm sezení oproti jednomu, respektive dvěma sezení). Zajímavé zjištění této studie bylo, že intervence měla zřejmě nejsilnější účinek na ty pracovníky, kteří se již klinické supervizi věnovali, nebo na pracovníky zaměstnané na odděleních s progresivním přístupem ke klinické supervizi.

Výsledky souhlasí se zjištěními Whitea a Winstanleyho (2010), že intervence podporující supervizi mají pravděpodobně největší šanci na pozitivní výsledek, pokud jsou poskytovány personálu s připraveným přístupem, který je zaměstnán na odděleních aktivně zapojených do supervize (Gonge, Buus, 2014, s. 909–921).

White a Roche (2006, s. 287) zkoumali účinky supervize na ošetrovatelství v oblasti duševního zdraví v oblasti Nového Jižního Walesu v Austrálii. Cílem této studie bylo vyvinout a zavést supervizi v oblasti duševního zdraví, poskytovat vzdělání v oblasti supervize pro lékaře a vytvořit webovou databázi klinických supervizorů. Zjištění ukazují, že vzdělávání může zvýšit využívání supervize. V březnu 2006 byla spuštěna webová databáze, kterou provozuje Úřad pro duševní zdraví ministerstva zdravotnictví v Západní Austrálii. Přínos supervize pro oblast duševního zdraví je uznáván, neboť poskytuje emocionální podporu, pomáhá rozvíjet dovednosti a poskytuje příležitost k diskusi.

Tyto studie jsou významné také pro moji případovou studii, kde v průběhu času zjišťuji vliv supervize pro zdravotníky a vyhodnocuji, zda došlo k nějakým změnám pomocí

vedených rozhovorů a sběru dat z dotazníku. Přínos supervize podle těchto zmíněných studií pro zdravotníky pracující v této oblasti, vedou např. ke zlepšení klimatu v týmu, zvýšení důvěry, rozvíjení znalostí nebo např. podpora prostoru pro reflexi.

3 Případová studie zavádění supervize

Tato diplomová práce zkoumá a popisuje jeden konkrétní případ zavádění supervize na oddělení psychiatrie. Metodou je tedy případová studie zavádění supervize. Jak uvádí Hendl, případová studie je jednou ze základních přístupů kvalitativního výzkumu. „Zaměřuje se na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů, přičemž základní výzkumnou otázkou je, jaké jsou charakteristiky daného případu nebo skupiny porovnávaných případů“ (Hendl, 2005, s. 103). Břicháček (in Miovský, 2006, s. 94) uvádí, že není podstatné, zda v případové studii kombinujeme kvalitativní a kvantitativní metody, ale to, že objektem našeho zájmu zůstává případ.

3.1 Cíl diplomové práce a položené otázky

Cíle diplomové práce jsou dva:

- a) Zavedení supervize na psychiatrickém oddělení.
- b) Sledování, zda v souvislosti s realizací supervize došlo k nějakým změnám.

Pro dosažení obou cílů jsem si musela nejprve ujasnit teoreticko-metodologický přístup. Případová studie může využívat různé metodologické přístupy, a k tomu jsem se rozhodla i zde.

První z cílů vnímám především jako organizačně praktický, resp. vyžadující citlivost pro proces supervize a jeho začlenění do kontextu organizačních procesů a organizační kultury. Ačkoli jsem zvažovala i využití kvalitativního výzkumu, nakonec jsem se přiklonila k tomu, že se omezím na prakticistní rovinu zaznamenávání manažerských procesů, událostí, příp. dalších fakt (např. poznatků z rozhovorů), které přiblíží praktickou rovinu zavádění supervize. Pro tento cíl je dále významný kontext, v němž došlo k zavádění supervize, postup, který jsem pro zavádění supervize zvolila, a dále též příběh změn na oddělení, které se promítaly do supervize, a byly jí též ovlivněny. Popisuji a sleduji proces zavádění supervize od úplného počátku před samotnou realizací, včetně motivace zaměstnanců k zavedení supervize, a následně průběh celého procesu po dobu 11 měsíců. Tyto aspekty případové studie přibližuji v následujících podkapitolách 3.2 až 3.8.

Pro naplnění druhého cíle jsem se rozhodla držet se standardních metodologických postupů porovnání zvolených dat na počátku i na konci sledovaného procesu zavádění supervize. Věnuji se jim v kapitole 4.

V souvislosti se snahou přiblížit „případ“ zavádění supervize na psychiatrické oddělení okresní nemocnice jsem si formulovala hlavní výzkumnou otázku a dvě dílčí otázky, z nichž, jak již bylo zmíněno, jedna je praktická a druhá výzkumná.

Hlavní otázka:

Jak se daří zavádět supervizi na vybrané psychiatrické oddělení okresní nemocnice a k čemu to vede?

Dílčí otázky:

1. Jak se daří integrovat supervizi do celkového fungování oddělení z hlediska podpory psychiatrických sester v jejich učení a zvládání náročných situací v profesi?
2. Dochází v souvislosti se zavedením supervize k nějaké změně teoreticky relevantních parametrů na úrovni jednotlivce a týmu, včetně očekávání od supervize?

Jak již bylo zmiňováno v úvodu praktické části, pro daný účel jsem zvolila metodu případové studie. Pro zodpovězení praktické otázky, jak se dařilo integrovat supervizi do celkového fungování oddělení, jsem se rozhodla hledat z pozice insidera a manažerky oddělení odpověď jak pomocí rozhovorů, případně záznamů z porad, tak dále zaznamenáním konkrétních indicií, které vypovídají o interakcích mezi děním na oddělení a v supervizi (např. témata probíraná v supervizi jako odezvy na složení psychiatrických pacientů a události kolem pacientů, změny v organizaci práce v souvislosti s reflexemi v supervizi, podněty ze supervize pro přípravu vzdělávacích aktivit aj.). Za účelem zodpovězení výzkumné otázky jsem využila kvantitativní výzkum, konkrétně techniku dotazníku.

Ke zkoumání změn, k nimž mělo hypoteticky dojít v rámci případové studie v předem vytipovaných parametrech, jsem využila techniky kvantitativního výzkumu.

Pro přiblížení celého procesu se budu nejprve věnovat praktickým procesům zavádění supervize, tedy představení organizace, časovému harmonogramu, přípravě, zavádění a průběhu supervize, výběru supervizora a superviznímu kontraktu, a paralelně přiblížím, jak se vyvíjela podpora supervizního procesu ze strany řízení (porady a pohovory s některými účastnicemi supervize, organizační změny a vzdělávací aktivity navazující na poznatky ze supervize, spolupráce mezi supervizorkou a vrchní sestrou).

V dalších kapitolách se pak budu věnovat výzkumnému sledování změn pomocí kvantitativní metodologie, kde budu vysvětlovat nejprve metodologické aspekty (kap. 4), včetně etických aspektů výzkumu a sebereflexe výzkumníka, a poté přiblížím, k jakým výsledkům jsem došla (kap. 5). V kapitole 6 shrnu poznatky o tom, jak se dařilo integrovat supervizi do celkového fungování oddělení, a přiblížím vedené rozhovory, které sloužily k získání zpětné vazby. V kapitole 7 provedu shrnutí výsledků a budu je diskutovat.

3.2 Stručný popis organizace a oddělení psychiatrie

Organizací, kde probíhalo zavádění supervize na psychiatrickém oddělení, je okresní nemocnice. V nemocnici je zaměstnáno 1 179 zaměstnanců, zařízení má 486 lůžek. Je zde zaměstnáno 418 zdravotních sester, 161 lékařů, 180 nižších zdravotnických pracovníků a čtyři sociální pracovníci. Zbylí zaměstnanci jsou dělníci a provozní pracovníci (úklid, stravovací služby, údržba atp.), fyzioterapeuti, THP a jiní pracovníci s vysokoškolským vzděláním. Informaci o počtu zdravotních sester, sociálních pracovníků a nižších zdravotnických pracovníků zaměstnaných v nemocnici uvádím záměrně, neboť jsem použít dotazník ve výzkumu ke sběru dat použila i ke srovnání psychiatrického oddělení s jinými zaměstnanci téže nemocnice.

Oddělení psychiatrie je jako samostatný obor v nemocnici od roku 1992, a jak jsem již zmínila v úvodu, v rámci deinstitucionalizace psychiatrické péče nemocnice realizovala projekt „Nová psychiatrie“. Větší prostor dostala ambulantní péče a péče v denním stacionáři. Součástí péče je i spolupráce s centrem duševního zdraví (CDZ), které zde má také zázemí. Budova poskytuje výrazně lepší, bezpečnější provozování a větší propojenost. Oddělení psychiatrie jsou zde dvě, a to otevřené oddělení a uzavřené akutní oddělení, na kterém probíhaly zavádění supervize a výzkumný projekt. Otevření celého provozu psychiatrického oddělení se uskutečnilo 1. 3. 2021. V souvislosti s otevřením nových oddělení došlo k velkému nárůstu počtu nových zaměstnanců, kteří dosud neměli žádnou zkušenost s psychiatrickými pacienty. To bylo také jedním z důvodů rozhodnutí zde zavést supervizi. Konkrétně tedy na uzavřeném oddělení, kde působím jako staniční sestra, a očekávala jsem od toho např. podporu, kterou uvádějí Butterworth a Faugier (1998). Ti ukazují, že zejména u nových zaměstnanců existuje potřeba sdílet nejistoty s ostatními zkušenými zaměstnanci, a také že supervize má za cíl poskytnout zdravotníkům prostor pro reflexi a slouží k profesnímu rozvoji (Havrdová et al., 2008; Howard, 2020).

Akutní lůžkové oddělení nabízí 15 lůžek s možností poskytovat intenzivní péči. Hospitalizovaní pacienti jsou napříč všemi psychiatrickými diagnózami, jedná se tedy o organické poruchy, intoxikované pacienty a s nimi též spojené odvykací stavy, psychotické pacienty aj., a to vždy v akutní fázi onemocnění. Náročnost péče o tyto pacienty a nároky na zdravotnický personál jsem popisovala v teoretické části diplomové práce. Tyto dovednosti a mnohdy i velmi náročné situace, které musí zvládat ošetrovatelský personál, kladou vysoké nároky. Vlivem velkých emocionálních nároků práce patří členové ošetrovatelského personálu k ohroženým častým syndromem vyhoření.

V psychiatrické akutní péči se pracovníci setkávají opakovaně se stejnými pacienty, jde i o dlouhodobé hospitalizace, kdy přínos péče je velmi pomalý, což může u ošetrovatelského personálu vést k pochybám o smysluplnosti jeho práce.

Na oddělení, kde došlo k zavádění supervize, působím na postu staniční sestry. Pracovníci, kteří působí na tomto psychiatrickém oddělení, byli podrobena výběrovému řízení, které vedli primář oddělení, vrchní sestra a někteří zástupci z vedení nemocnice. Při výběrovém řízení se kladl důraz na předchozí pracovní zkušenosti, práci v zátěžových situacích, osobní zkušenosti s různými nepříjemnými situacemi v pracovním prostředí jednotlivých zájemců a na to, jak se k nim staví, nebo návrhy, jak s nimi dál pracovat. Bezvýznamné nebyly ani celkový dojem jednotlivých zájemců o práci a jejich vystupování s přihlédnutím ke stresu z pohovoru.

V době, kdy se otevíralo psychiatrické oddělení, působila ještě řada restriktivních proticovidových opatření, a v té době neprobíhaly žádné vzdělávací aktivity pro zaměstnance nemocnice. V případě zavádění supervize nám však udělili výjimku a supervize mohla probíhat za určitých hygienických podmínek, mezi něž patřily např. omezený počet účastníků v místnosti, respirátor, dezinfekce, rozestupy aj. Za těchto podmínek probíhaly i provozní schůze každých cca šest týdnů. O výjimku na pořádání provozních schůzí jsem požádala u vedení nemocnice, neboť byly po dobu proticovidových opatření na všech odděleních zrušeny.

3.3 Časový harmonogram

Na jaře roku 2021 jsem absolvovala konzultace s vedoucí diplomové práce, kde byla stanovena přesná podoba případové studie. V průběhu května a června roku 2021 jsem představila projekt primáři oddělení, vrchní sestře a všem potenciálním účastníkům výzkumu. Došlo k domlouvání podrobností v týmu i ohledně organizace a představení možnosti výběru supervizora.

V červenci a srpnu 2021 probíhalo vyjednávání s vybranou supervizorkou. V říjnu 2021 došlo k představení supervize, uskutečnily se seminář pro supervizanty, první supervize týmu a vyplnění dotazníků spolu s rozhovory s náhodně vybranými zaměstnanci.

Od října 2021 až do září 2022 pokračovaly supervize a na konci tohoto období byly účastníky vyplněny druhé dotazníky. V průběhu tohoto období jsem realizovala rozhovory, které měly vést k nějakým změnám, ať už ve vzdělávání týmu, organizaci seminářů, nebo zpětné vazbě pro supervizorku. Zajímalo mě, jak zaměstnanci zvládají svou profesní roli na oddělení a provázanost se supervizí.

V období od konce září až do konce října 2022 probíhala analýza dat z dotazníků.

V tomto období zavádění supervize se konaly paralelně provozní porady, a to cca každých šest týdnů, s výjimkou letních prázdnin, kdy byla devítitýdenní pauza mezi poradami. Na poradách jsme kromě provozních a organizačních témat probírali i podněty a výstupy z vedených supervizí, které přinášeli sami účastníci supervize. Kromě toho jsem periodicky vedla individuální rozhovory se šesti vybranými pracovníky na téma jejich zkušeností s pacienty a se supervizí v tomto období (podrobněji v kapitole 6.1). Tak jsem získala průběžnou představu, co pracovníci prožívají, a společně jsme to reflektovali a případně diskutovali různé návrhy k řešení. Blíže se této problematice budu věnovat v kapitole 6.3, kde uvedu přehledně, jak na sebe jednotlivé události navazovaly.

3.4 Příprava a zavádění supervize

Na jaře roku 2021 jsem projekt představila primáři oddělení a vrchní sestře psychiatrického oddělení. Sdělila jsem jim své záměry a po jejich schválení jsme vedli diskusi ohledně realizace zavedení supervize. Po schválení vedením oddělení jsem na provozní schůzi projekt představila všem zaměstnancům oddělení a řešili jsme, zda jsou ochotni se tohoto projektu účastnit a zda o zavedení supervize mají zájem. Z celého týmu měli pouze tři zaměstnanci zkušenost se supervizí z předchozího zaměstnání, dva

zaměstnanci měli negativní zkušenost v tom smyslu, že se podle jejich slov vždy „propírali“ na supervizi ti zaměstnanci, kteří tam zrovna nebyli. Jedna kolegyně měla zkušenost pozitivní a motivovala k supervizi svou zkušeností ostatní členy týmu. Všichni členové týmu souhlasili se zavedením supervize na oddělení. Zodpovídala jsem jejich dotazy, řešili jsme organizaci realizace, mluvili jsme o kontraktu i výběru supervizora. Z provozní schůze vyšlo ze stran zaměstnanců několik dotazů, které jsem následně řešila s hlavní sestrou a vedením nemocnice. Jednalo se o placení stráveného času na pracovišti nad stanovenou normu hodin v daném měsíci.

S hlavní sestrou, vrchní sestrou psychiatrického oddělení a zástupcem vedení organizace jsem si v následujících dnech domluvila schůzku. Všichni byli pozitivně nastaveni na zavedení supervize a vyjednali jsme placený čas strávený na pracovišti po dobu supervize.

3.5 Výběr supervizora a supervizní kontrakt

Oslovila jsem několik supervizorů a po společné nabídce jsem přeposlala návrhy všem zaměstnancům pro možnost výběru. Tým se společně rozhodl oslovit jednoho vybraného supervizora. Po několika online schůzkách se nakonec pro nečekané zdravotní komplikace supervizor omluvil, a to s tím, že by to pro něj bylo náročné. Vzhledem k časové tísně, kdy projekt již měl začít, a jiného supervizora se nedařilo získat, jsem nabídla tuto možnost studentům FHS UK specializace supervize a požádala zájemce o zaslání životopisu, stručný popis a představení se. Ze dvou zasláných nabídek vybrali pracovníci supervizorku (S. F.) a s tou jsem následně domlouvala schůzku a návrh kontraktu. Vzhledem k tomu, že šlo o mou kolegyni ze studia, reflektovali jsme zde problém s křížením rolí. Ten jsme se snažili ošetřit jednak zveřejněním této situace s ostatními v týmu na provozní schůzi, kde jsme se domluvili na předávání informací z obou stran jen po předchozím souhlasu účastníků supervize. Toto jsme též ošetřili v kontraktu. Supervizorka se v kontraktu zavazuje k tomu, že bude provádět supervizi podle svého nejlepšího odborného vědomí a svědomí a respektovat přitom uznávané etické kodexy. Pro zajištění bezpečí pro supervizi mají supervizanti právo veta ohledně předávání informací, které si nepřejí sdělovat nikomu jinému mimo supervizi. Předávání informací bude probíhat pouze za souhlasu všech zúčastněných na supervizi. Ke stejnému závazku došlo z mé strany. Jakékoli předávání informací supervizorce, které mělo sloužit jako zpětná vazba pro ni, bylo vždy vázáno na souhlas supervizantů.

Navzdory těmto opatřením byla tato situace pro některé účastníky čas od času ohrožující, což se objevilo v některých reflexích, a kdybychom měli více času na přípravu, bylo by lepší se bez tohoto křížení rolí obejít.

Na provozní schůzi došlo k představení supervizorky a domlouval se supervizní kontrakt, včetně všech náležitostí, které jsem uvedla výše. Také se dohodly termíny supervize a supervizní seminář. Následně supervizorka poslala návrh supervizního kontraktu, který jsem všem poskytla, a všichni tak měli možnost se vyjádřit k případným nesrovnalostem anebo doplnit to, co jim tam chybí apod. Po doplnění všech detailů jsem kontrakt zaslala hlavní sestře s dotazem, zda má nějaké připomínky ke kontraktu. Hlavní sestra nevnímala žádné nesrovnalosti a domluvili jsme si společnou schůzku, kde měl být kontrakt podepsán spolu s podpisy všech zúčastněných. Supervizní kontrakt je součástí přílohy č. 3, ale z důvodu anonymity tam nejsou podpisy jednotlivých členů týmu ani hlavní sestry a název organizace je začerněn. Ohledně zavedení supervize jsme se nejprve domluvili na osmi supervizních skupinách a v případě, že vše bude v pořádku, a to jak ze strany supervizorky, tak i členů týmu, bude supervizní kontrakt prodloužen na další období.

To se posléze stalo, supervizní kontrakt byl prodloužen na další období a dodatek k superviznímu kontraktu je součástí přílohy. Prodloužení kontraktu jsme využili, neboť supervize přinášela řady výstupů, které vnímali někteří z týmu jako prospěšné a dokázali z nich těžit.

3.6 Průběh a organizace supervizí

Supervize započala 5. 10. 2022 supervizním seminářem, kterého se zúčastnili téměř všichni členové týmu. Ti, kteří se nemohli zúčastnit, dostali k dispozici informace v tištěné formě a měli možnost položit na začátku jejich první supervize případné dotazy, popřípadě požádat o dovysvětlení toho, čemu nerozuměli.

Supervize probíhala v pravidelných intervalech, které byly uvedeny v kontraktu ve stanoveném a naplánovaném čase a konaly se vždy u nás na oddělení ve stejné místnosti. Rozvržení přítomných zaměstnanců na supervizi se řídilo jejich směnným provozem a pohybovalo se průměrně v počtu od pěti do sedmi členů z týmu. Celý tým se skládá z 11 zdravotních sester a devíti sanitářů. V období, kdy probíhala supervize, byl jeden sanitář v dlouhodobé pracovní neschopnosti, jeden sanitář a jedna zdravotní sestra na oddělení s covidovými pacienty.

Takže supervizí se účastnilo 17 zaměstnanců. Z toho jeden sanitář byl přeložen v průběhu března z osobních důvodů na jiné oddělení, proto se neúčastnil závěrečného dotazníkového porovnávání. Mojí rolí bylo rozplánování a zajištění členů týmu na jednotlivé supervize v daném počtu.

Se supervizorkou jsem byla v pravidelném kontaktu, každé předávání a sdělování informací konzultovala se členy v dané supervizi, ze které vznikl nějaký výstup, který byl vhodný pro sdělení i pro ostatní členy v týmu. Výstupy mi byly zasílány e-mailem a vše jsme řešili a následně převáděli do praxe na provozních schůzích, tak aby podněty vedly k žádoucímu výsledku. O tom jsme pak dále mluvili a na provozních schůzích vyhodnocovali to, co se daří, nebo na čem je třeba ještě pracovat. Jednalo se zejména o témata bezpečnosti na pracovišti pro personál, vzdělávání, provozně organizační témata aj.

3.7 Průběh a organizace pohovorů a porad

Porady byly organizovány pravidelně každých cca šest týdnů, kromě letních prázdnin, kdy byla pracovní porada vynechána. Porad se zpravidla pokud možno účastní všichni pracovníci z týmu, dále alespoň jeden zástupce z řad lékařů, někdy i primář oddělení. Organizování porady a její vedení jsou v mé kompetenci a všechny podněty zpracovávám já. Ostatní účastníci porady přinášejí svoje náměty a účastní se diskusí, navrhují nápady na změny i jejich realizaci společně v týmu.

3.8 Prolínání linií řízení a supervize na oddělení a k čemu to vedlo

V této případové studii šlo o zavedení supervize do organizace. To ale neznamená jen to, že začne probíhat supervize, ale jak jsme se učili, jde o to, aby došlo ke skutečnému *začlenění* supervize do organizace. To znamená, že supervize by měla přispívat ke změně v organizaci a podporovat zpracovávání těchto změn, a také řízení by mělo tento proces reflektovat a reagovat na něj.

Jak jsem uvedla výše, paralelně se supervizí probíhalo na oddělení řízení týmu a řízení organizace, přičemž tyto procesy na sebe vzájemně působily. Ve své roli staniční sestry na oddělení jednak připravuji a vedu porady, jednak dávám podněty k organizaci vzdělávacích seminářů, dále jsem sledovala a podporovala zavádění supervize, a u mě se také soustředila i řada informací o tom, jak sestry prožívají různé události na oddělení. Získávala jsem tak řadu inspirací pro další zpracování podnětů, např. pro semináře, organizaci práce, zpracování postojů a postupů v psychiatrických tématech aj.

I já jsem tedy proces zavádění supervize chápala jako prolínání linie řízení a linie supervize, kde ideálně supervizor a manažer spolupracují a vzájemně se informují, ale současně musí obě strany chránit účastníky supervize, aby se manažer nedozvěděl něco, co oni sami nechtějí, a naopak. Tento etický imperativ je třeba dodržet i při jinak úzké spolupráci.

V této podkapitole prezentuji své záznamy z období zavádění supervize, abych ukázala provázanost obou výše zmíněných linií, které níže konkrétně popisuji, a následně jednotlivé zaznamenané události uvádím v přehledné tabulce č. 1.

Linie 1: Významné situace případů na oddělení, které ovlivnily prožívání zdravotníků

Jak jsem již zmiňovala na začátku, byl zde nový tým a většina jeho členů neměla zkušenost s psychiatrií. Objevily se zde některé případy, kdy se ukázalo, že jsou nesmírně pro zdravotníky emocionálně náročné. V období, kdy se zavádí na oddělení supervize, se na oddělení začala aplikovat elektrokonvulzivní terapie (dále jen „ECT“) a ve stejné době jsem sbírala i první rozhovory. Pro všechny to bylo něco nového, s čím neměli osobní zkušenost, někteří s tím měli spojeny ambivalentní pocity, jeden z účastníků o tom hovořil takto „byl to teda docela silný zážitek tady na oddělení“.

Mezi další případy patřili nemocní s různými diagnózami, které se v akutní fázi nemoci projevují agresí slovní i brachiální. Což bylo pro řadu zaměstnanců velmi nepříjemné. Jedna sestra popisuje svoji bezmoc, když pacient rozbíjel věci na pokoji, vytrhl okno a zablokoval se na pokoji. Bezmoc spočívala v tom, že se k němu nemohli dostat na pokoj, a že se to může opakovat. Výčet situací, se kterými se setkávali noví zaměstnanci, byl velmi pestrý a každý z nich tu danou situaci vnímal různě. Já jsem si všímala různých indicií, jak tyto informace od zaměstnanců dál zpracovávat. Některé emocionálně náročné situace

byly součástí témat jedinců v supervizi, některé jsme řešili v rámci porad a organizace práce, jiné vedly k vytváření dalších námětů a návrhů k řešení. Některé z realizací návrhů uvádí tabulka níže.

Linie 2: Změny v organizaci – vzdělávání

K tomu, jak vznikaly jednotlivé podněty, které jsem zaznamenávala z jednotlivých rozhovorů, informace ze supervize a náměty od všech zaměstnanců, jsem využila svoje manažerské kompetence a při jednotlivých poradách jsem reagovala na potřeby zaměstnanců s plánováním různých vzdělávacích aktivit ve spolupráci s vedením oddělení. Zaměstnanci využívali různých metod seznamování s oborem, ať už čtení odborné literatury, nebo učení se jeden od druhého. Díky tomu, že se přinášela odborná témata do supervize, docházelo ke vzájemnému vyměňování poznatků, zkušeností a přístupů vůči podobným diagnózám, docházelo k odbornému učení a rozvoji v jejich profesi, k rozvoji jejich kompetencí vzájemným učením a sdílením v průběhu supervize. Impulzy, které probíhaly v supervizi, a to, co bylo zmiňováno v linii významných případů, se stalo podnětem pro již zmíněnou organizaci odborných seminářů a některých vzdělávacích akcí pro zaměstnance, které uvádím v tabulce níže.

Vedle organizace odborných seminářů docházelo ke vzájemnému učení se nejen při supervizi, ale také pozorováním v běžném provozu. Jako příklad uvádím citaci z rozhovoru s R1, která zmiňuje postřeh ohledně jistoty a zručnosti v určitých výkonech: „To jsem se naučila od kolegyně, které měly větší zkušenost ze somatických oddělení.“ V jiném rozhovoru zaznělo, že na jednom semináři byl s lektorem také duševně nemocný člověk, který jim přiblížil pohled na nemoci z jeho strany, prožívání ataky nemoci, zkušenosti z nemocnice i vlastní potřeby. Jak zmínila R5, pracovnice to vnímají jako podporu uvědomění si toho, jak přistupují k takto nemocným, a získání nové zkušenosti, možná i návod, co je pro ně v danou chvíli důležité: „Ten pohled nemocného byl pro mě klíčový, hlavně v jeho emocích nebo prožívaném strachu.“

Pro konkrétní přehled uvádím v následující tabulce posloupný časový harmonogram podnětů, k čemu to vedlo a čím to bylo ovlivněno.

Tab. 2: Časový harmonogram – aktivity, podněty a ovlivnění

<u>Datum</u>	<u>Podnět</u>	<u>K čemu to vedlo</u>	<u>Ovlivněno</u>
10. 11. 2021	Porada – návrh změn	Úprava harmonogramu práce + náplň práce	Supervize, rozhovory, pozorování
18. 11. 2021	Seminář + nácvik přípravy ECT	Rozvoj kompetencí, zautomatizování postupu	Supervize, rozhovory
20. 11. 2021	Bezpečnost na pracovišti	Pořízení signalizačních náramků pro pacienty, rukavice proti propíchnutí...	Porada, supervize, pozorování, rozhovory
10. 12. 2021	Předávání informací	Založení WhatsApp provozní skupiny – pro rychlé předávání provozních záležitostí	Supervize, porada
17. 12. 2021	Seminář – Dg + oš. Péče, přístupy	Zvýšení kompetence	Supervize, pozorování, rozhovory
20. 12. 2021	Stěhování odběrové místnosti	Efektivita práce	Supervize, porada
6. 1. 2022	Seminář – agresivita, omezení v lůžku	Snížení napětí, nové informace	Supervize, rozhovory
12. 1. 2022	Porada – rozšíření harmonogramu, sešit pro sanitáře, komunita	Zkvalitňování péče o pacienty	Pozorování, rozhovory
12. 1. 2022	Porada – návrh změny, předávání lékařské služby	K odstranění rušivých elementů v pracovně sester	Rozhovory, supervize

10. 2. 2022	Seminář – generika léků, nežádoucí účinky, depotní léky	Ucelené informace	Pozorování, rozhovory
21. 2. 2022	Porada – bezpečnost	Vyjednání kurzu sebeobrany	Supervize, rozhovory
3. 3. 2022	Bezpečnost na pracovišti	Úprava pokojů pacientů	Supervize
21. 3. a 4. 4. 2022	Zvýšení bezpečnosti	Kurz sebeobrany	Supervize, porada
6. 4. 2022	Porada – návrh na vyjednání pravidelného semináře	Oslovení primářem oddělení lékové firmy, které pořádají semináře	Supervize, rozhovory
6. 4. 2022	Porada – návrh na vyjednání změn v organizaci práce	Efektivita a zkvalitnění oš. Péče	Tým
2. 5. 2022	Seminář – psychózy	Ucelené informace, zkvalitnění oš. Péče	Supervize, porada, rozhovory, pozorování
18. 5. 2022	Porada – rozdělení terapií pro pacienty	Zvýšení bezpečnosti pro terapeutku a větší prostor pro všechny pacienty	Supervize
18. 5. 2022	Deeskalace krizových situací	Prostředky pro psychické a fyzické zklidnění pacienta, modelové situace	Supervize
1. 6. 2022	Seminář – deprese	Ucelené informace, zkvalitnění oš. Péče	Supervize, porada, rozhovory, pozorování
9. 6. 2022	Seminář – nároční pacienti s duševním onemocněním	Zlepšování komunikace s těmito pacienty	Supervize, rozhovory, porada

23. 6. 2022	Porada – právní rámec psychiatrické péče	Primář oddělení – sdělil důležité informace pro přehlednost této problematiky	Supervize
23. 6. 2022	Nácvik KPR, včetně defibrilátoru	Praktický nácvik modelových situací – vedl k lepší orientaci a upřesnění	Supervize, rozhovory, tým
6. 9. 2022	Zvyšování odolnosti zaměstnanců	Seminář – burn-out, nácvik relaxace	Rozhovory, supervize, pozorování
22. 9. 2022	Porada – vyhodnocování supervize	Zpětná vazba pro supervizorku a vedení oddělení	Porada

Zdroj: Vlastní zpracování

Z témat ze supervize vznikaly odezvy na složité události na oddělení, na případy pacientů a okolo nich, vedly k přípravě vzdělávacích aktivit a také docházelo ke změnám v organizaci práce v souvislosti s reflexemi v supervizi. Dále moje porady a vzdělávací aktivity byly provázané a reagují na rozhovory i dění na oddělení. K ovlivňování jednotlivých etap docházelo vzájemně, paralelně, což se odráželo ve společném týmovém fungování.

4 Výzkum kvantitativních změn v souvislosti se supervizí

Využití výzkumných metod sledovalo cíl ověřit, zda v souvislosti s realizací supervize došlo k nějakým změnám. Výzkumná otázka zní: „Dochází v souvislosti se zavedením supervize k nějaké změně teoreticky relevantních parametrů na úrovni jednotlivce a týmu, včetně očekávání od supervize?“

K dosažení uvedeného cíle jsem zvolila metodologii porovnání zvolených dat vypovídajících o procesu zavádění supervize na začátku, v průběhu a na konci sledovaného procesu zavádění supervize. Za tímto účelem jsem si formulovala dílčí výzkumnou otázku, provedla její konceptualizaci i operacionalizaci a zvolila jsem vhodné výzkumné metody pro tvorbu či měření dat o sledovaném procesu.

4.1 Etické aspekty výzkumu a sebereflexe výzkumníka

Při přípravě a realizaci této případové studie jsem se řídila etickými zásadami. Hendl (2005, s. 155) udává, že etické otázky hrají ve společenskovedním výzkumu důležitou roli a existuje řada doporučení a standardů. Těmi, kterými se řídím v této případové studii, jsou:

- Potřeba získat poučený informovaný souhlas – to znamená, že osoba se účastní studie, jen pokud s tím souhlasí a je předtím plně seznámena s průběhem a okolnostmi výzkumu (Hendl, 2005, s. 155). Pasivní souhlas udělili respondenti odesláním dotazníku, který je zařazen v úvodu dotazníku. Účastníci vedených rozhovorů dali souhlas svým podpisem. Tyto souhlasy jsou uloženy v depozitáři. Celá znění souhlasů jsou uvedena v příloze č. 1 (součásti úvodu v dotazníku) a č. 2. Všichni respondenti byli seznámeni s cílem této diplomové práce, sběrem dat a měli právo odmítnout účast v této studii.
- Anonymita – Hendl (2005, s. 155) uvádí, že v ideálním případě není identita výzkumníkovi známa, což v této případové studii není možné, proto pro bezpečí respondentů a zajištění jejich anonymity neuvádím, kde se organizace nachází. Při sběru dat z dotazníkového šetření je dodržena anonymita a při vedených rozhovorech jsou jednotliví účastníci označeni písmenem R a čísly 1 až 6. Také identita participantů nesmí být odhalena nikomu dalšímu. Všechny vedené rozhovory, nahrávky a výsledky z dotazníkového šetření jsou uloženy v depozitáři.

Mezi možná etická rizika mohu v této případové studii zařadit svoji dvojroli výzkumníka a pozice nadřízeného. Také to, že se znám s výzkumníky i supervizorkou, může mít dopad na jejich otevřenost anebo ostych poskytnout negativní zpětnou vazbu. V úvodu výběru supervizora všichni respondenti o této skutečnosti věděli a sami odsouhlasili výběr dané supervizorky. S těmito riziky jsme se vypořádali upřesněním v kontraktu a závazáním se dodržovat etické kodexy a jakékoliv předávání informací z obou stran bude probíhat pouze se souhlasem účastníků výzkumu a povede jen k našemu společnému zájmu a cíli této případové studie. Já jsem zdůrazňovala všem zaměstnancům, že i když se známe ze školy, nejsme v blízkém kontaktu, že navíc následkem covidu jsme se ani nepotkávaly ve škole, a tudíž jsme ani neměly možnost sdílet nějaká osobní témata. A také, že z naší strany platí pravidlo absolutní mlčenlivosti, že nic z toho, co proběhlo, se nikdo další nedozví. Přitom výjimkou bude to, co oni sami budou chtít sdílet dál.

4.2 Kvantitativní metodologie

Teoretickým východiskem metodologického využití kvantitativního měření změn v souvislosti se zaváděním supervize byly poznatky z výzkumů, již zmíněné v teoretické části, kdy ve studiích supervize v psychiatrickém ošetrovatelství např. Berg a Hallberg (Berg, 1999, s. 6, 371–381; Hallberg, 2012, s. 470) dospěli k závěru, že supervize v průběhu času měla pozitivní dopad na klima v organizaci, důvěru, zvýšilo se ocenění účinků supervize, zvýšila se schopnost vytvářet podpůrné vztahy a umět dobře naslouchat. Howard (2020, s. 641–642) uvedený výčet doplňuje o prostor pro reflexi nebo profesní rozvoj, a dále zejména poznatky o významu supervize pro rozvoj reflektivity týmu (Schippers, 2003; Edmondson, 1999), jeho efektivity v řešení problémů (West, 1996), významu důvěry v týmu a posilování odolnosti účastníků (prevence syndromu vyhoření).

Jako formu kontroly, zda je proces supervize vnímán účastníky pozitivně, jsem zvolila parametr jejich očekávání od supervize vzhledem k dopadům na jejich praxi. Uvedené parametry jsem se rozhodla zkoumat pomocí anonymního vyjádření v dotazníku, abych tak získala data, která nejsou spojena s mou osobou jako moje pozorování a rozhovory (viz níže). Výsledky se tak mohly stát jednou z důležitých forem triangulace poznatků z praktického popsání procesu.

Výhodou tvorby dotazníku bylo, že současně s mou diplomovou prací probíhal na mé katedře výzkum reflexivity, který realizovala vedoucí mé diplomové práce, a ta mi nabídla možnost využít některé položky dotazníkové baterie, která byla pro výzkum reflexivity použita. Částečně šlo o validizované dotazníky, částečně o nové položky, jak upřesňuji níže.

Stanovené hypotézy

Supervize v průběhu svého zavádění pozitivně ovlivní tři vzájemně provázané parametry na úrovni jednotlivců a týmu, které by měly podle teoretických předpokladů Sloana, Howarda nebo Berga a Hallberga i dalších autorů uvedených v teoretické části výše nepřímo ovlivnit i předpoklady pro lepší profesionální práci:

1. **Reflektivita týmu** – jde o parametr, který je částečně měřen vlastní škálou, ale je do něj zahrnuta i nová škála měřící tzv. efektivitu týmu při řešení úloh ve vzájemné komunikaci, tedy sdílenou reflexivitu, a dále parametry bezpečí a důvěra v týmu.
2. **Odolnost účastníků proti vyhoření**, která souvisí též s vnímáním emocionální náročnosti práce (vnímaná vyšší náročnost zvyšuje riziko vyhoření, o kterém se zmiňují Howard [2020] a Honzák [2009]).
3. **Očekávání pozitivních účinků supervize do praxe účastníků** – předpokládáme, že vyšší očekávání pozitivních účinků zvyšuje důvěru k supervizi a posiluje pozitivní efekt supervize na zvládnutí náročné profesionální práce.

K měření uvedených parametrů a jejich změn v souvislosti s přijímanou supervizí jsem využila následující škály:

a) Reflektivita týmu

Škála Psychological Safety (Edmonson, 1999) má sedm položek, např. v týmu je bezpečné zkoušet nové věci (postupy atp.), je těžké požádat ostatní členy týmu o pomoc aj., hodnotí se na sedmibodové škále od „silně nesouhlasím“ po „silně souhlasím“.

Škála neefektivita týmu je opakem týmové reflektivity. Škálu vytvořila Havrdová (2023), má pět položek, např. na našem oddělení se nepracuje s informacemi, ale s mýty, jedná se o zpracování nebo řešení problémů, respondenti hodnotí na pětibodové škále od „rozhodně nesouhlasím“ po „rozhodně souhlasím“.

Škála Social Capital Vertical Trust TM Vertical Trust (v dotazníku COPSOQ III) měří prožívání vzájemné důvěry s nadřízenými i pracovníků mezi sebou – zabývá se otázkou, zda

si zaměstnanci mohou navzájem důvěřovat v každodenní práci, nebo ne. Má pět položek, např. pracovníci zamlčují informace jeden před druhým, pracovníci si mezi sebou většinou důvěřují aj., a je hodnocena na pětibodové škále od „rozhodně ne“ po „rozhodně ano“.

Měření reflektivity má celkem 17 položek. Čím vyšší skóre, tím vyšší je reflektivita týmu, resp. podmínky pro ni (důvěra).

b) Odolnost účastníků

K měření odolnosti jsem si vybrala především škálu Shiroma Melameda (Shraga, Shirom, 2009), kde je odolnost konceptualizována jako souhra tří faktorů – tělesné energie, emocionální energie a kognitivních aspektů měřených jako míra pozornosti a rychlost myšlení. Je měřena dvanácti položkami, např. „cítím, že dovedu být milý/milá na spolupracovníky a klienty“, „cítím, že jsem na ostatní příjemný/á“ nebo „cítím, že mám elán“ aj. Respondenti hodnotí na sedmibodové škále od „nikdy“ až po „téměř vždy“ za posledních 30 dnů a vysoké skóre znamená vysokou míru odolnosti.

Škála Emocionální nároky práce (v dotazníku COPSQ III) teoreticky souvisí s odolností – dobrá supervize by mohla snižovat vnímanou náročnost profesionální práce. Je měřena třemi položkami, např. „vaše práce vyžaduje, abyste skrýval(a) své pocity“, hodnotí se na pětibodové škále od „rozhodně ne“ po „rozhodně ano“.

c) Očekávání od supervize

Pro zkoumání očekávání od supervize jsem se rozhodla využít dotazník vytvořený N. Bowlesem a Ch. Young (1999), který využil i Pastucha (2011) ve své diplomové práci (Pastucha, 2011, s. 34). Dotazník obsahuje původně 21 otázek a jsou zaměřeny na jednotlivé funkce supervize – formativní, normativní a restorativní – podle modelu Proctorové. Pro potřeby svého výzkumu jsem z nich vybrala devět položek, které byly zaměřeny více na funkci formativní a restorativní. Například „díky supervizi u sebe objevím některé potřeby rozvoje“, „supervize mi pomůže zvládat obtížné situace“. Je měřena na pětibodové škále od „naprosto nesouhlasím“ po „naprosto souhlasím“. Vybrané položky z dotazníku směřovaly k otázkám, které se týkaly psychiatrického ošetřovatelství a supervize, o nichž se zmiňují v teoretické části. Týkají se dovedností, kompetencí, reflexe nebo emoční podpory, a tím snížení pracovního stresu nebo zvýšení bezpečí v tomto procesu. Dále byl dotazník ještě doplněn o otázku „Co mi na supervizi vadí?“, která byla vyhodnocována kvalitativně, resp. brali jsme ji jako zpětnou vazbu.

Uvedené škály byly součástí obsáhlého dotazníku, který vznikl v rámci projektu GAČR (řešitelka Havrdová, Růžička, Lorenz, 2022) a který byl použit v prvním měření jako celek s malými úpravami (viz níže – postup). Při druhém měření byla z časových důvodů respondentů použita kratší verze dotazníku, který obsahoval již pouze uvedené škály. Zejména byly vypuštěny všechny otázky dotazníku pro GAČR týkající se dopadu covidu (který pominul), vedení porad a individuálních dispozic k sebereflexi. V první verzi bylo celkem 48 položek a ve druhé verzi 14 položek v dotazníku.

Konstrukce celého dotazníku

Na začátku a na konci dotazníku v první verzi jsou uvedeny demografické údaje – věk v intervalovém rozpětí, nejvyšší dosažené vzdělání, počet let praxe v oboru i to, v jakém oboru, v jaké organizaci a kraji pracuje respondent, zda má respondent nějaké podřízené aj. Dále jsou v dotazníku obsaženy otázky, které se dotazují na konkrétní pracovní historii, současné pracovní zařazení, práce v kolektivu nebo ohrožení klientů a zaměstnanců nemocí covid-19, sdílení postřehů z práce s kolegy a zpětná vazba. Tyto položky nebyly v našem souboru zpracovány, byly využity pouze pro potřeby výzkumu GAČR. Celý dotazník je zařazen v příloze č. 1.

Dotazník je určen všeobecným sestřám a sociálním pracovníkům. Pro potřeby této diplomové práce je rozšířen ještě o nižší zdravotnické pracovníky a o otázky ohledně očekávání od supervize. Uvedený dotazník (Havrdová a kol., 2022) jsem v rámci svého výzkumu poprvé prezentovala na oddělení celý, ve druhé verzi jsem pak opakovala jen původní otázky č. 23, 24, 25, 27, 38 a 39, které následně dostaly jiné číslo.

Informace o pohlaví, věku, povolání a vzdělání uvádím v tabulkách jen pro informaci o respondentech. V této případové studii šlo hlavně o srovnání parametrů, které jsem sledovala, a zajištění porovnání na začátku a na konci sběru dat. Pro srovnání první a druhé verze výpovědí byly v dotazníku zavedeny kódy pro přiřazení (Prosím uveďte třetí písmeno vašeho křestního jména. Prosím uveďte třetí písmeno vašeho příjmení. Prosím uveďte první číslici dne vašeho narození [jste-li např. narozeni 19. 3. 1974, pak je první číslice dne „1“, pokud jste narozeni 3. 2. 1981, pak je první číslice dne „3“]. Prosím uveďte třetí první písmeno příjmení vaší matky za svobodna).

Soubor respondentů

Dotazník byl vyplňován dvakrát zaměstnanci, kteří se účastnili supervize, a to na začátku a na konci supervize. Zaměstnanců, kteří se účastnili supervize, bylo 17. Jeden zaměstnanec musel z osobních důvodů odejít na jiné oddělení, takže se supervize účastnilo 16 zaměstnanců od začátku do konce sběru dat. Ve druhé polovině probíhající supervize se na oddělení vrátili zpět dva zaměstnanci, kteří vypomáhali na covidových odděleních. Zapojili se do supervize, ale již nebyli zapojeni do dotazníkového šetření. Dotazník na začátku a na konci tedy mělo vyplnit 16 zaměstnanců. Celkový počet výsledků pro srovnání je 15. Jeden zaměstnanec tedy dotazník nevyplnil.

Dále se v první vlně dotazníkového šetření ještě dotazníkového výzkumného šetření účastnili ostatní zaměstnanci nemocnice, nezařazení do zkoumaného souboru zavádění supervize. Tento soubor používáme pro porovnání s výsledky supervidovaných zaměstnanců, avšak pouze v prvním šetření. Opakované šetření již nemohlo být z organizačních důvodů provedeno.

Základní informace o respondentech se supervizí

Tab. 3: Rozložení a počet respondentů

Povolání	Počet
Sanitář	5
Všeobecná sestra	10

Zdroj: PhDr. Ing. Petr Soukup, Ph.D.

Tab. 4: Věkové rozložení respondentů

Věk	Počet
21–30 let	2
31–40 let	2
41–50 let	8
51–60 let	2
61 a více let	1

Zdroj: PhDr. Ing. Petr Soukup, Ph.D.

Tab. 5: Rozložení pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet
Muž	5
Žena	10

Zdroj: PhDr. Ing. Petr Soukup, Ph.D.

Tab. 6: Dosažené vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání	Počet
Střední odborné učňovské (SOU)	4
Středoškolské vzdělání s maturitou	8
Vysokoškolské vzdělání s bakalářským diplomem	1
Vysokoškolské vzdělání s magisterským diplomem	2

Zdroj: PhDr. Ing. Petr Soukup, Ph.D.

Dotazník vyplnilo spolu se zaměstnanci, kteří začínali s týmovou supervizí, 108 zdravotníků z nemocnice. V následující tabulce jsou informace o zaměstnancích, kteří dotazník vyplnili, a následně porovnání dat výsledků zaměstnanců se supervizí.

Tab. 7: Kdo dotazník vyplnil z nemocnice

Povolání	Počet	Procento
Sanitář	8	7,4
Sociální pracovník (pracovnice)	4	3,7
Všeobecná sestra	96	88,9

Zdroj: PhDr. Ing. Petr Soukup, Ph.D.

Údaje o respondentech jsou pouze informativní, v této případové studii šlo hlavně o porovnání výsledků jednotlivých položek v dotazníku a sledování toho, jaké jsou vzájemné rozdíly u respondentů, kteří začínají s týmovou supervizí, a zdravotníci z nemocnice. Jestli jsou výrazné rozdíly u některých z položek. Na konci dojde k porovnání případného rozdílu vlivu supervize.

5 Výsledky a vyhodnocení výzkumu

Výsledky jsou prezentovány podle jednotlivých etap výzkumu. Nejprve porovnávám kvantitativní parametry na začátku a na konci supervize u týmu se supervizí. Dále prezentuji výsledky u zaměstnanců nemocnice bez týmové supervize v téže organizaci. Součástí je vyhodnocení otázky, co respondentům na supervizi vadilo, a porovnání rozdílů v první a druhé vlně odpovědí. Nakonec porovnávám získaná data.

5.1 Výsledky kvantitativního sběru dat dotazníkovým šetřením

Všechny přípravy dat a předběžné výpočty, včetně korelační analýzy, byly provedeny v programu IBM SPSS Statistics 28.

Výsledky byly vyhodnocovány Dr. Soukupem, který jednak spočítal prosté průměry v jednotlivých parametrech u obou souborů a jednak porovnal průměry u zkoumaného (supervidovaného) a kontrolního souboru a u zkoumaného souboru u prvního a druhého testování párovým t-testem.

Nejprve zde uvádíme výsledky porovnání výzkumného souboru, který procházel supervizí.

Výsledky dotazníku na začátku supervize:

Tab. 8: Výsledky dotazníku na začátku supervize

	č. 23 emoc. nároky 1	č. 23 důvěra 1	č. 24 bezpečí 1	č. 25 tým nefunkční 1	č. 27 odolnost 1	č. 38 supervize 1
Průměr	3,0222	3,9333	3,9048	2,6000	4,9000	3,3259
Počet pozorování	15	15	15	15	15	15
Směrodatná odchylka	,68390	,86557	,59313	,70508	,64411	,68037

Zdroj: PhDr. Ing. Petr Soukup, Ph.D.

Tab. 9: Výsledky dotazníku na konci supervize:

	č. 23 emoc. nároky 2	č. 23 důvěra 2	č. 24 bezpečí 2	č. 25 tým nefunkční 2	č. 27 odolnost2	č. 38 supervize 2
Průměr	2,7778	4,6667	3,9556	1,1867	5,8056	4,5037
Počet pozorování	15	15	15	15	15	15
Směrodatná odchylka	,82295	,35635	,48167	,28752	,44058	,21359

Zdroj: PhDr. Ing. Petr Soukup, Ph.D.

Rozdíly průměrů v obou měřeních byly porovnány párovým t-testem. Všechny parametry vykázaly změnu ve směru stanovených hypotéz, přičemž u čtyř ze šesti parametrů (vyznačeno žlutě) šlo o změnu statisticky významnou.

Změna vnímaných emocionálních nároků práce a bezpečí se nezměnila významně, ačkoli k příznivému posunu došlo. Je ale třeba konstatovat, že v porovnání se souborem ostatních zaměstnanců v nemocnici bylo vnímání emocionální náročnosti práce nižší (dobrá supervize by mohla snižovat vnímanou náročnost profesionální práce) i u zaměstnanců, kteří uvedli, že mají zkušenost se supervizí, a u bezpečí bylo již na začátku u sledovaného týmu vyšší.

Výrazně stoupla reflektivita týmu u porovnání týmu na začátku a na konci supervize, čím vyšší je skóre, tím vyšší je reflektivita, respektive podmínky pro ni, kdy se výrazně zvýšila také důvěra, došlo ke zlepšení ve funkčnosti týmu a bezpečí bylo již na začátku vysoké.

Co se týká porovnání odolnosti, jejich energie se na konci supervize výrazně zlepšila a vnímání emocionálních nároků nedošlo k výraznému posunu, přesto k nějakému posunu došlo.

Patrné zlepšení vidíme v očekávání od supervize na začátku a na konci supervize.

Tab. 10: Výsledky respondentů bez supervize v téže organizaci

	supervize	č. 23 emoc. nároky	č. 23 tým důvěra
Průměr	Ano	3,0460	3,9885
	Ne	3,6928	3,7255
Počet pozorování	Ano	29	29
	Ne	51	51
Směrodatná odchylka	Ano	,80042	,73183
	Ne	,72677	,67233

Zdroj: PhDr. Ing. Petr Soukup, Ph.D.

Tab. 11: Výsledky respondentů bez supervize v téže organizaci

	č. 24 bezpečí 1	č. 25 tým nefunkční 1	č. 27 odolnost 1	č. 38 supervize 1
Průměr	3,3981	2,1870	3,8071	1,6667
Počet pozorování	108	108	108	108
Směrodatná odchylka	1,51652	1,03915	1,74748	1,15869

Zdroj: PhDr. Ing. Petr Soukup, Ph.D.

Výsledky respondentů z téže organizace jsou uvedeny ve dvou tabulkách, kde u škály „emocionální nároky“ a „důvěra“ je rozdělena na odpovědi respondentů, kteří uvedli, že mají zkušenost se supervizí, a na ty, kteří nemají zkušenost se supervizí. Mezi těmito položkami je u emocionálních nároků rozdíl mezi průměry poměrně velký (a průkazný), u důvěry je rozdíl věcně poměrně malý a není průkazný.

Při porovnávání sledovaného souboru podstupujícího supervizi na začátku a souboru zaměstnanců v téže organizaci byly u sledovaného souboru lepší (vyšší) parametry ve všem, kromě hodnocení nefunkčnosti týmu, kde na tom byli lépe jiní zaměstnanci organizace. V průběhu zavádění supervize se však rozdíly ještě významně zlepšily ve prospěch supervidovaného týmu, přičemž výraznou změnu lze pozorovat v parametru „nefunkčnost týmu“, který se významně zlepšil a daleko přesáhl počáteční úroveň u ostatních

zaměstnanců. Největší rozdíl ale můžeme celkově zaznamenat v parametru „odolnost vůči stresu“, kde došlo k významné pozitivní změně u zkoumaného souboru. Otázku č. 38 nehodnotíme, protože respondenti, kteří neměli zkušenost se supervizí, otázku automaticky přeskočili. Proto nelze výsledek hodnotit.

Součástí otázky ohledně očekávání od supervize byla otázka ohledně toho, co respondentům na supervizi vadí. Porovnání výsledků je v následující tabulce. V prvním sloupci jsou odpovědi respondentů na začátku supervize a ve druhém sloupci odpovědi zaznamenané na konci supervize.

Tab. 12: Co respondentům na supervizi vadí

Na supervizi mi vadí – 1. vlna	Na supervizi mi vadí – 2. vlna
Nic	Nic mě nenapadá. Vždy jsem si odnesla něco k zamyšlení
Nedostatek témat	Nevadí mi
Nic	Nic
Může se stát, že řeknu zrovna to, co říct nechci	Nic
Vztahy na pracovišti se zhoršily	Nic
Že nyní nemám žádný problém k řešení	Nevadí mi nic, naopak ji pokládám za důležitou
Velký počet lidí	Někdy únik informací
Nic	Nemám výhrady
Nic	Ne, nevadí
Neprofesionalita	Nic
Nic	Nic
Nic	Nemám výhrady, většinou si odnesu něco nového
Nic	Změnil jsem díky supervizi některé svoje pohledy, takže mi nevadí nic
Strach se vyjádřit před kolegy	Nic
Zatím vždy měl supervizor vazby na vedoucí pracovníky	Nemám nic, co by mi vadilo

Zdroj: Vlastní zpracování

V první vlně odpovědí na začátku supervize osmi respondentům vadilo na supervizi (uvedeno v tabulce viz výše) a pro srovnání v druhé vlně je jen jedna negativní odpověď, týkající se úniku informací ze supervize. Jinak ostatním respondentům nevádí nic, anebo naopak uvádí někteří respondenti pozitiva ze supervize. V jedné z odpovědí na začátku je zmíněna odpověď „vazba na vedoucí pracovníky“, to jsem řešila společně se supervizorkou na začátku se všemi zaměstnanci v úvodu supervize a zavazovali jsme se k dodržování etických kodexů a mlčenlivostí o všem, co by si jednotliví účastníci nepřáli dál sdělovat. Nakonec tentýž respondent se na konci výsledku ve druhé vlně k tomuto tématu nevyjadřuje a na supervizi mu již nic nevádí. Velmi pozitivně vnímám posun v první vlně a to odpověď „Strach se vyjádřit před kolegy“, což již v druhé vlně chybí a mohlo by to být spojováno s pozitivním výsledkem z dotazníkového šetření, kdy se důvěra průkazně zvýšila.

6 Jak se dařilo integrovat supervizi do celkového fungování oddělení

Jak bylo uvedeno výše, pro zodpovězení praktické otázky, jak se dařilo integrovat supervizi do celkového fungování oddělení, jsem využila rozhovory, záznamy z porad a příklady, které vypovídají o interakcích mezi děním na oddělení a v supervizi. Nejprve přiblížím svůj přístup k rozhovorům. Dále uvedu témata probíraná v supervizi a ukážu jejich souvislost s událostmi kolem pacientů. Přehled změn v organizaci práce v souvislosti s reflexemi v supervizi, podnětů ze supervize pro přípravu vzdělávacích aktivit jsem uváděla v tabulce č. 1. (kap. 3.8), kde je posloupný přehled návazností. Následně shrnu všechny poznatky, které podle mě ukazují na úspěšnou integraci supervize do fungování celého oddělení.

6.1 Rozhovory pro získání zpětné vazby k supervizi

Rozhovory byly pojaty především jako zpětná vazba týkající se toho, jak vybraní účastníci v průběhu začleňování supervize do fungování oddělení emočně zpracovávají události na oddělení, jaké mají profesní zkušenosti a jak při tom všem supervizi vnímají, jak s ní zacházejí a zvykají si na ni. Z rozhovorů někdy vyplynuly i podněty pro porady či změny v organizaci práce na oddělení, příp. pro vzdělávací akce.

Současně s dotazníkovým šetřením, kdy byly dotazníky vyplněny na začátku a na konci supervize, jsem vedla opakovaně se šesti členy týmu rozhovory, přičemž za období probíhající supervize s nimi proběhly čtyři rozhovory. První rozhovor byl veden v počátku supervize (listopad), druhý po třech měsících supervize (únor), třetí za další tři měsíce (květen) a poslední po deseti měsících supervize (srpen). Přepis rozhovorů není součástí této diplomové práce z důvodu zajištění anonymity participantů. Některé postřehy z rozhovorů jsem využila pro řízení nebo pro komunikaci se supervizorkou vždy se souhlasem účastníka rozhovoru. Rozložení a výběr členů z týmu k vedenému rozhovoru byl následovný: jeden účastník před zahájením supervize s negativním přístupem k supervizi, čtyři s neutrálním přístupem k supervizi a jeden s pozitivním přístupem k supervizi. Tento svůj postoj k supervizi mi sdělili v úvodu seznamování se supervizí a před úvodním supervizním seminářem. Výběr účastníků byl proveden také podle jejich souhlasu s účastí na vedených rozhovorech. Všechny rozhovory probíhaly v malé nerušené pracovně na pracovišti účastníků výzkumu.

Před začátkem rozhovorů byl se všemi participanty podepsán informovaný souhlas, který je uveden v příloze č. 2. Informovaný souhlas s podpisy je uložen v depozitáři a není součástí této diplomové práce.

Otázky v polostrukturovaném rozhovoru:

1. Vraťme se k uplynulému období v práci. Vzpomenete si na něco kolem pacientů či práce obecně, co vám přišlo důležité nebo zajímavé?
2. Vybavujete si nějakého pacienta či pacientku, kteří vás zaujali? Vyprávějte o tom.
3. Stalo se něco ve vztahu k práci, kolegům nebo vedení, co vám připadalo nové nebo neobvyklé? Co jste s tím dělala?
4. Stalo se něco, co vám přišlo nepříjemné nebo vám to vadilo? Co jste s tím dělala?
5. Stalo se něco, co vás přivedlo k nějakému postřehu ohledně vás samé a toho, jak pracujete s pacienty nebo kolegyněmi? Co jste s tím dělala?
6. Co supervize?

Sledovala jsem to, co přitahuje jejich pozornost z hlediska práce s pacienty. Jejich zpracovávání emocí stresové situace, ve kterých se ocitly, kde supervize zafungovala, a kde ne. Dále na co naráží ve své profesi, co v tomto období prožívají, a v přístupu supervize, abych mohla sledovat, jestli se něco proměňuje. Na otázku „Co supervize?“ jsem je nechala volně vyjadřovat svoje pocity, názory, zkušenosti, s čím přichází. To bylo smyslem, abych zachytila sledované aspekty – jejich emocionální prožívání, zkušenosti profesní a jejich postoje vůči supervizi.

Z pozice manažerky jsem si kladla za cíl zlepšení odborných kompetencí – zaměstnanci se stanou odolnější vůči stresu, což by mohlo mít dopad na přístup k práci s pacienty, na obsah práce nebo způsob komunikace.

Témata supervizí

Ve výčtu témat v supervizi se velmi často objevují témata, která jsou popisována ve specifikách psychiatrické péče v teoretické části této práce, potvrzují a popisují náročnost této profese, kterou vnímají supervizanti – agresivita vůči personálu, omezení pacienta v lůžku, ECT-terapie a s ní spojené negativní i pozitivní pocity, nároční pacienti.

Vzhledem k tomu, že byl tým tvořen z větší části kolegy, pro které byla psychiatrie novým oborem, je pochopitelné, že se řada témat pohybovala v okruhu případů z jejich praxe. S probíraným tématem se ve většině případů dokázali semknout a při supervizi

pracovat, soustředit se a vymýšlet různé alternativy i řešení k tomu, aby se cítili na pracovišti bezpečněji a bylo lépe nejen jim, ale i ostatním členům v týmu, a samozřejmě také pacientům.

Nejčastější a opakující se témata supervizí:

- Verbální agresivita vůči personálu.
- Brachiální agresivita vůči personálu.
- Elektrokonvulzivní terapie a s ní spojená lítost, strach, ambivalence v pocitech, samotná terapie, emoční vypětí, úspěch.
- Naléhavost pacientů v kontaktu.
- Omezení pacienta v lůžku.
- Pocity strachu, ohrožení.
- Případy konkrétních pacientů.
- Bezpečnost na pracovišti.
- Obtížná a náročná komunikace s pacienty a jejich rodinami.

Jednotlivá témata jsem vnímala i z vedených rozhovorů, sdílení ostatních kolegů náročných situací a také při poradách. Na jednotlivá témata jsem se snažila reagovat z pozice manažerské, a to hlavně v poli řízení změn a organizováním návrhů změn k tomu, aby se zaměstnanci cítili bezpečně na pracovišti, lépe zpracovávali emoční nároky této práce a spolu s tím jim pomáhala podpora, které se jim dostávalo pomocí supervize.

Jako příklad uvádím jeden případ – účastníci supervizního setkání reflektovali různé problematické aspekty průběhu dopolední skupinové terapie pro pacienty a obtíže na oddělení. V souvislosti s tím zachytili náměty na změny, které by mohly vést k hladkému a nerušenému průběhu terapie i pobytu na oddělení: rozdělení pacientů, podílení se sanitářů i sester na různých aktivitách, účast všech z personálu na ranních komunitách aj.

Na základě těchto výstupů jsme při provozní schůzi vytvářeli návrhy a projednali jsme změny v harmonogramu práce a změny v organizaci i náplni práce jednotlivých zaměstnanců, došlo k úpravě denního harmonogramu pacientů a v návaznosti na lékaře oddělení k úpravě ohledně účasti jednotlivých pacientů na různých aktivitách, tak aby se zajistila bezpečnost jak pro personál, tak pro pacienty.

To je jeden z okamžiků, kdy jim supervize pomohla spolu se zásahem organizačním na přípravě návrhu změn a k začlenění této změny do provozu. Hlavní bylo to, že to fungovalo.

Zajímavé výstupy účastníků v rozhovorech o supervizi v průběhu času

Postoje k supervizi se proměňovaly se získáváním zkušeností se samotnou supervizí a přinášením pozitivních výstupů z jednotlivých supervizí pro jednotlivce, ale i pro celou skupinu.

V úplném začátku se objevovaly v rozhovorech např.:

R3 uvádí svůj postoj v úplném začátku supervize: *„Ted' nemůžu říct, jestli ani jako jo, ani ne, že to není důležitý“* a téma k supervizi zatím žádné nemá.

R1 uvádí: *„Vnímám to jako nepříliš dobré nakročení, protože to tam jeden z kolegů negativně komentoval, že to nic nepřinese a tak...“*

R2 a R4 popisují jako významný pro ně seminář o supervizi: *„Tam se mi dostala informace, o čem vlastně supervize je, nedovedla jsem si to představit.“* *„Po semináři jsem byla zvědavá, co se bude dít, a přijde mi to dobré.“*

S přibývajícemi supervizemi se začaly odpovědi na supervizi proměňovat. V období 4–8 měsíců od začátku supervize se objevuje:

R5: *„Tak jak jsme o tom mluvili, a i to jako, že to není ani ostatním příjemný, tak to bylo jakoby pro mě úlevný.“*

R2 o supervizi: *„Musím říct, že vlastně postřehy ostatních kolegů, když jsme to rozebírali, tak mi pomohly v tom, že prostě ten přístup k tomu pacientovi se tak nějak jako zdál ulehčený. Nebo lepší, když jsme to prostě probrali, tak se mi to zdálo jakoby líp snesitelný, určitě mi to tu práci jako usnadnilo, to probrání prostě té situace.“*

R6 zmiňuje, *„že při rozebrání konkrétního případu, kdy si kolega nedokázal poradit, a při rozebrání té situace mně to pomohlo a obohatilo mě to a začala jsem na toho pacienta pohlížet tak nějak trochu jinak a cítila jsem, že se mi s ním líp mluví“.*

Důkazy efektu supervize jsou patrné z výčtu odpovědí účastníků vedených rozhovorů.

R2: *„Cokoliv si tam vyjasnit ohledně i kolektivu nebo pacientů, tak prostě tam opravdu se ta diskuse otevře a všichni si k tomu mohou říct, co je napadne, opravdu se vyčistí, jako by, jak bych řekla, vyčistí se mi moje myšlenky a prostě si to tak jakoby vlastně řeknu, že*

třeba v té které dané situaci jedním úplně stejně, vlastně jako ten druhý kolega, že prostě v tom jakoby nejsem sama, že vlastně ty pocity máme podobný nebo stejný leckdy.“

R3: „To, že nad tím nemusím přemýšlet jenom sama, ale je tam na to víc lidí, který mi zase dají jiný pohled nebo postřeh, který nevidím.“

R5: „Je to pro mě takové to uvolnění, ventilování emocí a odcházím s dobrým pocitem, i když se řeší něco náročného.“

Ve vývoji v čase je spousta poznatků, které ukazují na úspěšnou integraci supervize do fungování celého oddělení. Podle mě docházelo ke včasnému zásahu potřeb pro všechny zaměstnance, kde jim supervize pomohla, a díky vzájemnému ovlivňování doplňovanému mým zásahem organizačním docházelo k prolínání a realizování potřeb týmu v řízení změn.

7 Shrnutí a diskuse

Shrnutí a diskuse zavádění supervize

Zavedení supervize, díky níž se zdravotníci učí reflektovat svou práci a získávají podporu při emoční a psychické zátěži, jíž jsou vystavováni, i díky odbornému růstu mohou lépe poskytovat kvalitní péči pacientům (Venglářová et al., 2013; Havrdová et al., 2008) se povedlo supervizi zavést ve spolupráci všech zaměstnanců i díky podpoře vedení organizace. Na začátku se objevovaly drobné překážky ze strany respondentů, kteří nepokládali supervizi za užitečnou a považovali ji za zbytečnou, tím docházelo k přenášení negací na ostatní členy týmu. Mohlo to být ovlivněno i obavami z toho, co je uvedeno v odpovědích na otázku, co jim na supervizi vadí, a to snížení důvěry mezi sebou nebo vazbou supervizora na moji osobu výzkumníka nebo předchozí negativní zkušenost se supervizí. Důležitým aspektem bylo porozumění zaměstnanců tomu, k čemu jim může být supervize prospěšná (Havrdová et al., 2008), a právě velký význam měl pro členy týmu supervizní seminář, který nabídl respondentům přehled o tom, co supervize je. Po první zkušenosti se supervizí spolu se seminářem získali větší přehled o tom, co jim může supervize přinést, a vyvrácení toho, že se nejedná o další nástroj kontroly.

Výběr supervizora proběhl v časové tísní po odřeknutí již vybraného supervizora. S dalším výběrem supervizora vznikla komplikace a vlivem rychlého řešení situace projevila zájem supervidovat tým supervizorka, se kterou se znám, avšak všichni respondenti s touto skutečností byli na začátku srozuměni a oni sami se rozhodli pro vybrání této supervizorky. Podepsání supervizního kontraktu proběhlo bez potíží ve stanoveném termínu a byly zde dojednány otázky důvěrnosti, mlčenlivosti a informovanosti, tak aby byl vytvořen prostor k zajištění bezpečí pro reflexi, jak doporučuje Havrdová et al. (2008). Průběh i organizace supervize nebyly ničím významně narušovány. Supervizanti dodržovali dohodnutá pravidla a docházeli na supervizi včas.

Shrnutí výsledků dotazníkového šetření a diskuse

Při porovnávání výsledků na začátku a na konci supervize u jejích účastníků byli ostatní zaměstnanci téže nemocnice ve všem výrazně horší než zkoumaný tým.

Můj tým měl následující výchozí stav – vyšší důvěru, o něco vyšší bezpečnost v týmu a o něco horší z hlediska reflektivity než zaměstnanci v nemocnici. Na konci ovšem došlo k radikálnímu zlepšení v mém týmu. Při porovnání odolnosti byl můj tým na začátku lepší

než v nemocnici, ale ještě se výrazně zlepšil na konci. Také došlo ke zlepšení ve funkčnosti týmu a zlepšení očekávání od supervize. White et al. (1998) uvádí, že právě díky supervizi se mohou cítit sestry uvolněněji a může docházet k posílení vztahu s kolegy. Výrazně stoupla reflektivita týmu, a tím i jeho efektivita, a právě zmiňovaná odolnost – jejich energie. Howard (2020) s Honzákem (2009) zmiňují, že zaměstnanci v psychiatrickém ošetrovatelství jsou ohroženi nejvíce syndromem vyhoření, a právě supervize je důležitý prostředek podpory ke zvyšování odolnosti a snižování emocionálních nároků. Vnímání emocionálních nároků práce se trochu snížily (čím nižší, tím příznivější posun), není to průkazné, avšak k příznivému posunu došlo. Petr et al. (2014) doplňuje, že pro vyrovnávání se s náročnými pacienty jsou důležité dobrá atmosféra v týmu a možnost ventilování emocí.

Také důvěra se průkazně zvýšila. K výrazné změně nedošlo v otázce bezpečí týmu, které ale bylo už na začátku vnímáno jako vysoké. Právě bezpečí je důležité v týmovém učení a budování důvěry, což potom pozitivně ovlivňuje reflektivitu, u které došlo k radikálnímu zlepšení u sledovaného týmu (Baštecká, Čermáková, Kinkor, 2016; Edmondson, 1999).

Došlo k výraznému zvýšení očekávání zaměstnanců od supervize, což může souviset s podpůrnou strategií, mezi kterou patří supervize, a také impulsy z porad, které vedly ke zlepšení ošetrovatelské péče, což se zlepšilo v průběhu času v dimenzích důvěry, odolnosti nebo reflektivity. To potvrzují i ve své studii Berg a Hallberg (1999).

Pozitivně byly ovlivněny provázané parametry podle předpokladů Sloana, Howarda, Berga a Hallbera a došlo ke zvýšení reflektivity s parametry bezpečí a důvěry v týmu, dále odolnosti účastníků vůči vyhoření a ke zvýšení očekávání pozitivních účinků supervize.

Shrnutí a diskuse vedených rozhovorů a integrace supervize do fungování oddělení

Proces zavádění supervize jsem chápala jako prolínání linie řízení a linie supervize, přičemž tyto procesy na sebe vzájemně působily. Soustředila jsem se na informace o tom, jak zdravotníci prožívají různé události na oddělení, jak zpracovávají emočně události na oddělení, jaké mají profesní zkušenosti a jak vnímají supervizi. Díky tomu jsem získávala řadu impulsů pro další zpracování různých podnětů. Z vedených rozhovorů někdy vyplynuly i podněty pro změnu v organizaci práce na oddělení nebo podněty plánování vzdělávání pro zdravotníky. Jedním ze záměrů bylo zvyšování kompetencí zdravotníků, a jak uvádí Dawson (2012), právě supervize je považována za zdroj, který rozvíjí dovednostní kompetence, díky

čemuž také vznikly vzdělávací akce a semináře, které vedly ke zkvalitnění ošetrovatelské péče i ke snížení napětí personálu v zátěžových situacích. Za významné považuji zájem zaměstnanců o další vzdělávání a rozšiřování kompetencí, a nejen vlivem supervize možnost předávání zkušeností jeden od druhého. To jsem považovala z pozice manažerky za velmi klíčový výsledek, neboť zvyšování kompetencí a zájem o vzdělávání vedou ke zvyšování efektivnosti práce, a tím i ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

Supervize podporovala změny v organizaci i zpracovávání těchto změn, a také v rovině řízení se odehrával tento proces změny, vedení reflektovalo a reagovalo na návrhy a plánování změn k tomu, aby se zde zaměstnanci cítili bezpečněji, a docházelo tím i ke zvyšování důvěry ze strany zaměstnanců směrem k vedení organizace. Docházelo ke včasnému reagování na jednotlivé potřeby zaměstnanců, na významné případy, situace, se kterými se na oddělení setkávali a jež ovlivňovaly jejich prožívání. Nejen z vedených rozhovorů, ale i z výčtu témat ze supervizí je patrné, s čím se zaměstnanci potýkali a co pro ně bylo na oddělení náročné. Jak jsem již zmiňovala v úvodu, řada zaměstnanců neměla s psychiatrií zkušenost a potřeba sdílení svých nejistot v supervizi byla pro řadu z nich významná.

K ovlivňování supervize a vedení rozhovorů docházelo paralelně a vzájemně se doplňovaly. Právě to považuji za pozitivní odraz výsledků z ohlasů na supervizi: týmové fungování na oddělení a pocit bezpečí i důvěry v týmu.

Postoje a zvykání si na supervizi se proměňovaly v průběhu času, velký vliv na jednotlivce měla pozitivní osobní zkušenost ze supervize. Ta pomáhala také díky vzájemnému ovlivňování se zásahem organizačním a docházelo k prolínání a realizování potřeb týmu v řízení změn a přispívala k celkové atmosféře v týmu. Významnou roli v předcházení konfliktním střetům má právě otevřená a přirozená atmosféra na oddělení (Petr et al., 2014).

V závěru shrnutí chci podtrhnout, že výsledky této případové studie odpovídají poznatkům z předchozích výzkumů. To, že se zdravotníci cítí díky supervizi otevřeněji, uvolněněji, že posilují se vztahy s kolegy, mohou sdílet svoje pracovní nejistoty, vede ke zvyšování odolnosti, důvěry nebo umožňuje zdravotníkům poskytovat prostor pro reflexi, potvrzuje i tato případová studie.

V této případové studii ještě došlo k propojení s mojí manažerskou linií a ke vzájemnému prosazování a reagování ihned na jednotlivé potřeby účastníků supervize. Nejenom díky tomu mohlo docházet nejen ke zvyšování kompetencí všech zaměstnanců.

8 Závěr

Teoretická část byla věnována základním pojmům z oblasti supervize a psychiatrického ošetrovatelství vztahujícím se ke zvolenému tématu případové studie. Zároveň práce přinesla pohled na zkušenosti se supervizí ve zdravotnictví, význam reflexe v pomáhajících profesích a dále přehled výsledků z různých zahraničních studií na pohled supervize v psychiatrickém ošetrovatelství. Na základě těchto teoretických podkladů jsem stanovila záměr a cíl případové studie.

Domnívám se, že cíle případové studie byly naplněny. Prvním z cílů bylo zavedení supervize, která vyžadovala citlivost a začlenění do organizační kultury. Tento cíl byl splněn a následně bylo sledováno, k jakým změnám v souvislosti s realizací zavedení supervize došlo. Byl využit kvantitativní výzkum, konkrétně technika dotazníku.

K naplnění změn mělo dojít ve třech provázaných parametrech na úrovni jednotlivců i týmu. Zároveň se zde odpovídá na hlavní otázku, k čemu vede supervize:

- Reflektivita týmu – reflektivita výrazně stoupla, zvýšila se důvěra, bezpečí i efektivita týmu při porovnávání dat na začátku a na konci supervize u sledovaného týmu.
- Odolnost účastníků – odolnost vůči stresu už byla na začátku vyšší v porovnání s respondenty z nemocnice a na konci u sledovaného vzorku se supervizí ještě výrazně stoupla. Také se snížily emocionální nároky, čím větší snížení, tím je posun příznivější.
- Očekávání od supervize – v očekávání od supervize došlo k výraznému zlepšení v rozdílu v první a druhé vlně dotazníků respondentů se supervizí.

Z výsledku dílčí otázky, jak se daří integrovat supervizi do celkového fungování oddělení z hlediska podpory zdravotníků na psychiatrickém oddělení v jejich učení a zvládnání náročných situací vyplynulo, že vlivem prolínání linie supervize a řízení docházelo ke vzájemnému ovlivňování. Na základě vzniklých podnětů se pak realizovaly změny na úrovni organizační, dále na poli plánování vzdělávání a díky tomu docházelo ke zvyšování dovedností i kompetencí jednotlivých zdravotníků. To vedlo k ovlivnění jejich jistoty v profesní rovině a na základě toho mohlo docházet ke snižování napětí v zátěžových situacích a při práci s jednotlivými pacienty. Jednotlivé změny byly patrné ve vedených rozhovorech, které poskytovaly zpětnou vazbu ohledně toho, jak se zdravotníkům daří

v práci, co je pro ně zajímavé, nové apod. Ve vedených rozhovorech jsem se soustředila na jejich postoj v průběhu času a zvykání si na supervizi. Jsou zde patrné důkazy efektu supervize jednotlivých účastníků v rozhovorech, např. *„opravdu se vyčistí, jako by jak bych řekla vyčistí se mi moje myšlenky, to uvolnění, ventilování emocí, ostatní mi dají jiný pohled nebo postřeh“ aj.*

Doporučení, co by mělo navazovat

Z výsledků této případové studie je patrné, že supervize pomáhá zdravotníkům zvyšovat jejich odolnost vůči stresu, reflektivitu, důvěru i bezpečí v týmu, zlepšovat týmové fungování nebo přispívá ke zvyšování jejich kompetencí. Doporučuji tedy, aby se v supervizi dále pokračovalo nejen v tomto týmu, ale i v ošetrovatelství obecně, neboť vede ke zdokonalování a zefektivňování ošetrovatelské praxe, což si kladou za cíl všechny nemocnice.

9 Literatura

- ALLEYNE, J., JUMAA, O. M., 2007. Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: The role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal of Nursing Management*, 15, 230–243.
- BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., 2008. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-467-2.
- BAŠTECKÁ, B., ČERMÁKOVÁ, V., KINKOR, M., 2016. *Týmová supervize. Teorie a praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0940-9.
- BÉGAT, I., SEVERINSSONOVÁ E., 2006. Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses' experiences of well-being related to their psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management* [online]. 14(8), 610–616 [cit. 2023-04-04]. DOI: 10.1111/j.1365-2934.2006.00718.x. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17054734/>
- BERG, A., HALLBERG, I. R., 1999. Effects of systematic clinical supervision on psychiatric nurses' sense of coherence, creativity, work-related strain, job satisfaction and view of the effects from clinical supervision: a pre-post test design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 6(5), 371–381 [cit. 2023-04-04]. DOI: 10.1046/j.1365-2850.1999.00235.x.
- BOWLES, N., YOUNG, CH., 1999. An evaluative study of clinical supervision based on Proctor's three function interactive model. *Journal of Nursing Management*. 30(4), 958–964. ISSN 0309-2402.
- BRUNERO, S., STEIN-PARBURY, J., 2008. The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 86–94. ISSN 1447-4328.
- BUTTERWORTH, C. A., FAUGIER, J., 1992. Clinical Supervision and Mentoring in Nursing. *Nursing Standard* [online]. 7(20), 54 [cit. 2023-04-04]. DOI: 10.7748/ns.7.20.54.s59.
- BUTTERWORTH, T., FAUGIER, J., BURNARD, P., 1998. *Clinical Supervision and Mentorship in Nursing*. London: Nelson Thornes. ISBN 9780748733040.

- CUTCLIFFE, J., SLOAN, G., BASHAW, M., 2018. A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *International Journal of Mental Health Nursing* [online]. 27(5), 1344–1363 [cit. 2023-04-04]. DOI: 10.1111/inm.12443.
- DAWSON, M., PHILLIPS, B., LEGGAT, S., 2012. Effective clinical supervision for regional allied health professionals– The supervisee’s perspective. *Australian Health Review*, 36, 92–97
- DOUBEK, P. et al., 2008. *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-156-1.
- EDMONDSON, A. C., 1999. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly* [online]. 44(2), 350-383.
- EIBICHT, M., LORENZ, W., HAVRDOVÁ, Z., 2022. Posílení reflektivity sociálních a zdravotnických pracovníků – identifikace schopností a potřeb studentů. *European Journal of Social Work* [online]. 25(4), 732–744 [cit. 2023-04-04]. DOI: 10.1080/13691457.2021.2016644. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.2016644>
- GONGE, H., BUUS, N., 2011. Model for investigating the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey study. *International Journal of Mental Health Nursing* [online]. 20(2), 102–111 [cit. 2023-04-04]. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2010.00717.x.
- GONGE, H., BUUS, N., 2014. Is it possible to strengthen psychiatric nursing staff’s clinical supervision? RCT of a meta-supervision intervention. *Journal of Nursing Management* [online]. 21(4), 909–921 [cit. 2023-04-04]. DOI: 10.1111/jan.12569.
- HAJNÝ, M., 2004. Pasti případové supervize v týmu. *Martin.hajny.net* [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <http://martin.hajny.net/text/15/pasti-p237padov233-supervize-v-t253mu>
- HANCOX, K., LYNCH, L., HAPPELL, B., BIONDO, S., 2004. An evaluation of an educational program for clinical supervision. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 198–203.

- HAVRDOVÁ, Z. et al., 2008. *Praktická supervize. Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-532-1.
- HAVRDOVÁ, Z. et al., 2011. *Kultura organizace a supervize ve vzájemném působení*. Praha: FHS UK. ISBN 978-80-87398-14-2.
- HAVRDOVÁ, Z., 1999. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium. ISBN 80-902081-8-5.
- HAVRDOVÁ, Z., 2023. The interaction between institutional cultures and individual dispositions to self-reflection – a hierarchical analysis. In: LORENZ, W., HAVRDOVÁ, Z. (ed.) *Enhancing Professionalism Through Reflectivity in Social and Health Care*. New York: Springer.
- HAVRDOVÁ, Z., DĚCHTĚRENKO, F., ŠOLCOVÁ, I., 2020. Dotazník sebereflexe (sris) a filadelfská škála všímavosti (phlms): psychometrické charakteristiky českých verzí. *Československá psychologie*. LXIV(5), 535–549. ISSN 0009-062X.
- HAVRDOVÁ, Z., RŮŽIČKA, M., LORENZ, W., 2022. Mezi praktickou a dialogickou reflexí u sociálních pracovníků a všeobecných sester. *Časopis Sociální práce* [online]. (5), 92–106 [cit. 2023-05-05]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/article/mezi-praktickou-a-dialogickou-reflexi-u-socialnich-pracovniku-a-vseobecnych-sester/>
- HAWKINS, P., SHOHET, R., 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-715-9.
- HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace*. Praha: Grada. ISBN 80-7367-040-2.
- HONZÁK, R., 2009. Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovice. *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*. 16(3), 134–142. ISSN 1335-423X.
- HÖSCHL, C. et al., 1997. *Psychiatrie – pro vyšší zdravotnické školy*. Praha: Scientia medica. ISBN 80-85526-64-6.
- HOWARD, V., 2020. Factors influencing adequate and effective clinical supervision for inpatient mental health nurses' personal and professional development: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 27(5), 640–656 [cit. 2023-05-05]. DOI: 10.1111/jpm.12604.

- HUGHES, L., PENGELLY, P., 1997. *Staffsupervision in turbulent environment: managing process and task in front-line services*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- KASAL, M., 2019. Terapie neklidu – vytvoření postupu pro standardní nemocniční oddělení. *Psychiatrie pro praxi*. 20(3), 126–129. ISSN 1213-0508.
- KONRADT, U. et al., 2021. Teams in Transition: A Three-Wave Longitudinal Study of Reflection, Implicit and Explicit Coordination and Performance Improvements. *Frontiers in Psychology* [online]. 12 [cit. 2023-05-05]. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.67789. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.677896/full>
- KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0784-5.
- MALIN, N. A., 2000. Evaluating clinical supervision in community homes and teams serving adults with learning disabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 548–557.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2020. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA - OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PSYCHIATRII* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2023-05-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/40610/P%C5%99%C3%ADloha-%C4%8D.-10-VS-O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1-p%C3%A9%C4%8De-v-psychiatrii-v%C4%9Bstn%C3%ADk-MZ-%C4%8D.-4_2020.pdf
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- MULLARKEY, K., KEELEY, P. & PLAYLE, J. F., 2001. Multiprofessional clinical supervision: Challenges for mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 205–211.
- OSTRAVSKÁ UNIVERZITA, 2023. Nabízené studijní programy a obory pro přijímací řízení. *Lf.osu.cz* [online]. © 2023 [cit. 2023-05-05]. Dostupné z: <https://lf.osu.cz/studijniobory/?specializaceid=3470>

- PASTUCHA, P., 2011. *Přínosy supervize z pohledu zdravotních sester*. Univerzita Karlova. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Zuzana Havrdová.
- PETR, T. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PETR, T., PROCHÁZKA, M., 2021. Metodika Safewards. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 117, 306–309. ISSN 1212-0383.
- RICE, F. et al., 2012. A rationale for a clinical supervision database for mental health nursing in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 19(5), 466–473 [cit. 2023-05-05]. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2012.01894.x.
- SEIFERTOVÁ, D. et al., 2008. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 2., rev. vyd. Praha: Medical Tribune CZ. ISBN 978-80-87135-10-5.
- SHRAGA, O., SHIROM, A., 2009. The construct validity of vigor and its antecedents: A qualitative study. *Human Relations* [online]. 62(2), 271–291 [cit. 2023-05-05]. DOI: 10.1177/0018726708100360. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0018726708100360>
- SCHIPPERS, M., A., 2003. Recent Developments in Reflexivity Research: A Review. *Journal Psychologie des Alltagshandelns* [online]. 2(2), 3–11 [cit. 2023-05-05]. ISSN 1998-9970.
- SCHIPPERS, M., C., WEST, M., A., 2015. Team Reflexivity and Innovation: The Moderating Role of Team Context. *Journal of Management* [online]. 41(3), 769–788 [cit. 2023-05-05]. DOI: 10.1177/0149206312441210. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/273588892>
- SCHIPPERS, M., HARTOG, D., 2007. Reflexivity in Teams: A Measure and Correlates. *Applied Psychology* [online]. 56(2), 189–211 [cit. 2023-05-05]. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2006.00250.x. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/4752570_Reflexivity_in_Teams_A_Measure_and_Correlates?enrichId=rgreq-9d849679047a2f1698017c114e74946f-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzQ3NTI1NzA7QVM6MTM2NDg4NDQ4Njk2MzIwQDE0MDk1NTI3OTAzNjM%3D&el=1_x_2&esc=publicationCoverPdf

- SCHIPPERS, M., WEST, M., DAWSON, J., 2015. Team Reflexivity and Innovation: The Moderating Role of Team Context *Journal of Management* [online]. 41(3), 769–788 [cit. 2023-05-05]. DOI: 10.1177/0149206312441210. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/273588892_Team_Reflexivity_and_Innovation_The_Moderating_Role_of_Team_Context
- SCHÖN, D. A., 1983. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. London and New York: Routledge.
- SLOAN, G., WATSON, H., 2001. Illuminative evaluation: Evaluating clinical supervision on its performance rather than the applause. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 664–673.
- SLOAN, G., 2012. A rationale for a clinical supervision database for mental health nursing in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19, 466–473. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2012.01894.x.
- TAYLOR, M., HARRISON, C., 2010. Introducing clinical supervision across Western Australian public mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing* [online]. 19(4), 287–293 [cit. 2023-05-05]. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2010.00675.x. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20618529/>
- VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2013. *Supervize v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4082-9.
- WEST, M.A., 1996. Reflexivity and work group effectiveness: A conceptual integration. In M.A. West (Ed.), *Handbook of work group psychology* (pp. 555–579). Chichester: John Wiley & Sons.
- WHITE, E. et al., 1998. Clinical supervision: insider reports of a private world. *Journal of Advanced Nursing*. 28(1), 185–192. ISSN 1365-2648.
- WHITE, E., ROCHE, M., 2010. Introducing clinical supervision across Western Australian public mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing* [online]. 19(4), 287–293 [cit. 2023-05-05]. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2010.00675.x. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20618529/>

WIDMER, P., SCHIPPERS, M., WEST, M., 2009. Recent Developments in Reflexivity Research: A Review. *Journal Psychologie des Alltagshandelns* [online]. 2(2), 3–11 [cit. 2023-05-05]. ISSN 1998-9970. Dostupné z: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=4Y5kr5U+tcg3gF6qZ7KO2FPgywoA%2FWidmer+2009+Team+reflexivity+review.pdf#imgrc=DVqsZwvUeR3S9M>

10 Seznam tabulek

Tab. 1: Výhody a nevýhody týmové supervize.....	16
Tab. 2: Časový harmonogram – aktivity, podněty a ovlivnění	40
Tab. 3: Rozložení a počet respondentů	48
Tab. 4: Věkové rozložení respondentů.....	48
Tab. 5: Rozložení pohlaví respondentů.....	49
Tab. 6: Dosažené vzdělání respondentů.....	49
Tab. 7: Kdo dotazník vyplnil z nemocnice	49
Tab. 8: Výsledky dotazníku na začátku supervize	50
Tab. 9: Výsledky dotazníku na konci supervize:	51
Tab. 10: Výsledky respondentů bez supervize v téže organizaci.....	52
Tab. 11: Výsledky respondentů bez supervize v téže organizaci.....	52
Tab. 12: Co respondentům na supervizi vadí.....	53