

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

Bc. Erika Ledvinová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Supervize pohledem managementu

Bc. Erika Ledvinová

2021

Diplomová práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Bc. Erika Ledvinová  
Osobní číslo: 219412  
Studijní program: N5 345 Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Peroperační péče v gynekologii a porodnictví  
Téma práce: Supervize pohledem managementu  
Zadávací katedra: Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešení problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

---

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran  
Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam doporučené literatury:

1. BAŠTECKÁ, Bohumila, Veronika Čermáková a Milan Kirikor. *Týmood superoize*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0940-9.
2. HAWKINS, Peter a Robin Shoher. *Superoize o pomáhajících profesích*. 2. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0987-4.
3. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Management ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
4. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
5. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Superoize o ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2019**  
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.**  
děkanka

L.S.

**Mgr. Helena Poláčková v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. března 2021

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Supervize pohledem managementu jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 13. 7. 2021

Bc. Erika Ledvinová v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Velké poděkování patří mé vedoucí diplomové práce, paní Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D., za obrovskou trpělivost a ochotu při psaní diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat svému manželovi a zbytku rodiny za podporu a trpělivost, kterou se mnou měli po celou dobu studia.

## **ANOTACE**

Diplomová práce na téma „Supervize pohledem managementu“ je zaměřena na problematiku zátěžových situací, které řeší nižší zdravotnický management. Teoretická část se zabývá definováním pojmu supervize, uvedením zátěžových situací, které může supervize řešit a definování pojmu managementu ve zdravotnictví. Průzkumná část se zabývá analýzou průzkumného šetření, které probíhalo kvalitativním výzkumem pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Cílem bylo zjistit, jaké zátěžové situace nejčastěji řeší nižší zdravotnický management a jaké má metody a možnosti k řešení. Jako výstup práce je vypracována brožura pro nižší zdravotnický management k využití týmové supervize.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Supervize, týmová supervize, zátěžové situace, staniční sestra

## **TITLE**

Management's view of supervision

## **ANNOTATION**

Thesis on the topic of „Management's view of supervision“ is focused on the issue of stressful situations faced by lower tier of healthcare management. Theoretical part concerns itself with the definition of supervision, introduction of stressful situations, which can be solved by supervision and with definition of the term management in healthcare. Research part is focused on the analysis of research inquiry, which was done using qualitative method in the form of semistructured interview. The goal was to determine most common stressful situations faced by lower healthcare management and what methods and options are available to handle them. A booklet was created to be used in team supervision by lower healthcare management as an outcome of this thesis.

## **KEYWORDS**

Supervision, team supervision, stressful situations, station nurse

## OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce.....	13
1.1 Teoretická část .....	13
1.2 Průzkumná část .....	13
Teoretická část .....	14
2 Supervize .....	14
2.1 Formy supervize.....	15
2.1.1 Individuální supervize.....	15
2.1.2 Skupinová supervize .....	16
2.1.3 Týmová supervize.....	16
2.2 Funkce supervize.....	18
2.3 Supervizor a supervidovaný.....	19
2.3.1 Výcvik supervizora .....	20
3 Zátěžové situace.....	22
3.1 Stres.....	23
3.1.1 Příznaky stresu.....	25
3.2 Konflikt a komunikace .....	26
3.3 Krize.....	28
3.3.1 Příčiny krize .....	28
3.4 Syndrom vyhoření .....	28
3.4.1 Fáze rozvoje .....	30
4 Management ve zdravotnictví.....	31
4.1 Manažer.....	31
4.2 Vrchní a staniční sestra .....	32
4.3 Organizace.....	35
5 Shrnutí teoretické části.....	37

průzkumná část .....	38
6 Metodika .....	38
6.1 Sběr dat.....	39
6.2 Charakteristika průzkumného vzorku .....	40
7 Analýza výsledků.....	43
7.1 Kategorie 1 - Zátěžové situace .....	45
7.1.1 Časová náročnost .....	46
7.1.2 Pracovní doba .....	47
7.1.3 Mezilidské vztahy .....	48
7.1.4 Stresová práce .....	48
7.1.5 Rozpis služeb .....	49
7.2 Kategorie 2 - Hodnocení týmu.....	50
7.2.1 Pochvala.....	51
7.2.2 Finanční ohodnocení.....	51
7.2.3 Komunikace .....	52
7.3 Kategorie 3 – Supervize .....	52
7.3.1 Vymezení pojmu.....	53
7.3.2 Řešení zátěžových situací .....	54
7.3.3 Nemocniční supervizní tým .....	54
7.3.4 Pomoc týmu .....	55
8 Diskuze .....	56
9 Závěr .....	59
10 Použitá literatura .....	61
11 Přílohy.....	64

## **SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK**

Tabulka 1 - Délka rozhovoru .....	40
Tabulka 2 - Charakteristika informantek .....	41
Tabulka 3 - Kategorie a kódy .....	45
Obrázek 1 - Zátěžové situace .....	46
Obrázek 2 - Hodnocení týmu .....	50
Obrázek 3 - Supervize .....	53

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

EASC	Evropské asociace pro supervizi a koučink (EASC)
ČIS	Česká instituce pro supervizi
ČR	Česká republika
I	Informantka
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
MRSA	Methicilin resistantní Staphylococcus aureus

## ÚVOD

Práce ve zdravotnictví je velmi specifická a vyžaduje také určitou péči o nelékařské zdravotnické pracovníky. K výkonu kvalitní ošetrovatelské péče je třeba i kvalitní vyrovnaný tým, proto je třeba předcházet a včas řešit zátěžové situace, které sebou nese toto povolání. Pracovat v týmu není snadné a je třeba se dívat na každého pracovníka individuálně. Tým by měl být sestaven tak, aby byl schopný spolupracovat a vytvářet vhodné prostředí v péči o klienty. Je přirozené, že se v pracovním prostředí vyskytují zátěžové situace, protože na nelékařský zdravotnický personál je kladen vysoký fyzický a psychický nárok. Proto je třeba se učit jim předcházet nebo je umět efektivně řešit, jak z vlastního uvážení nebo z pozice managementu.

Supervize je nástroj ke zvyšování kvality poskytované péče. Charakterizuje se formou podpory, učení a dohledu. Pracovníci se v bezpečném prostředí mohou svěřit se svými problémy, naučit se je zvládat a reflektovat efektivitu svého pracovního výkonu (Malíková, 2020, s. 139).

Z historie supervize by bylo vhodné zmínit, že supervizi, v podobě jakou známe v dnes, nastartoval lékař a psychoterapeut Michael Bálint v 50 letech 20. století. Ve své době se zabýval vztahem lékař – pacient a jeho vliv na úspěšnou léčbu. Na Tavistocké univerzitě vedl výzkumné a výcvikové semináře, které zintenzivnil a vznikly bálintovské skupiny. Uvědomil si, že vlastní osobnost, pozitivní a otevřený vztah usnadňuje léčbu a snažil se to učit i své kolegy lékaře. Pomáhající personál vedl k tomu, aby si uvědomil, co jim brání k lepší pomoci z jejich postojů, prožitků a chování. Na setkáních praktických lékařů a psychiatrů si sdělovali případy, s kterými potřebovali pomoci, nebo které probíhali jinak, než očekávali. Šlo o skupinovou supervizi, zaměřenou na vztah lékař a pacient, porozumění a citlivost na sdělení od klienta, tak na poselství jeho příznaků. Personál se tak učil sebereflexi, pozorování sebe sama i druhých a jak spolu souvisí řešený problém (Havrdová, 2008, s. 139).

Tato diplomová práce se zabývá zátěžovými situacemi při výkonu povolání nelékařského zdravotnického personálu a možnostmi jejich řešení z pohledu nižšího managementu, konkrétně staničních sester. V České republice je ve zdravotnictví metoda supervize tzv. „v plenkách“, proto je toto téma aktuální a bylo cílem zjistit, zda je v dané nemocnici využívána k řešení zátěžových situací, nebo zda by byla tato metoda případně přínosná.

# **1 CÍL PRÁCE**

V diplomové práci jsou cíle řešeny v teoretické a empirické rovině.

## **1.1 Teoretická část**

1. Definovat pojem supervize.
2. Uvést zátěžové situace, které řeší supervize.
3. Definovat nižší zdravotnický management.

## **1.2 Průzkumná část**

1. Zjistit, jaké zátěžové situace nejčastěji řeší nižší zdravotnický management.
2. Zjistit, jaké metody a možnosti má nižší management ve zdravotnickém zařízení pro řešení zátěžových situací.
3. Zjistit, zda nižší management ví, co je to metoda supervize a k čemu slouží.
4. Zpracovat informační materiál pro nižší management o možnostech využití týmové supervize na jejich pracovišti.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 SUPERVIZE

Pojem supervize je ve své podstatě mladý, ale dostává se čím dál více do povědomí společnosti a stále více se používá v praxi, a to hlavně v pomáhajících profesích. Pod pojmem supervize si každý, kdo o ni nemá alespoň trochu informací, představí něco jiného. Proto v této kapitole bude vymezen nebo alespoň přiblížen pojem supervize, jaké jsou formy a funkce supervize, a jaký je rozdíl mezi supervizorem a supervidovaným.

V literatuře je uváděno mnoho definic a mnoho podob. Zjednodušeně řečeno lze říct, že supervize je dohled, hodnocení, nebo učení. Využívá se při práci s lidmi, to znamená ve zdravotnictví, sociálních službách, školství atd., ale vyskytuje se i v jiných oblastech (Baštecká, 2016 s. 99; Kalina, 2015 s. 623; Venglářová, 2013, s. 14).

Supervize je nástroj, odborná činnost, při které supervizor vede, podporuje a posiluje pracovní skupiny či týmy pomáhajících profesí k dosažení jak organizačních, profesionálních, tak osobních cílů. Supervize je proces zaměřující se především na reflexi profesní role, činností a aktivit, které jsou spojeny s pracovní pozicí. Pomáhá v řešení problémů například v mezilidských vztazích, zaškolování nových pracovníků, podpoře vzdělávání, působí jako prevence syndromu vyhoření a podporuje sjednocení kolektivu. Účastní se jí jednotlivec, skupina nebo tým pracovníků. Při supervizi jsou používány metody, které jsou využity i v rovinách pracovní činnosti, kterou supervize reflektuje – rozhovor, zpětná vazba, rozšiřování vědomí, emoční ventilace, řešení různých problémů. V ošetrovatelství se využívá integrativní přístup, kdy se klade důraz na zodpovědnost za pracovní postupy a dodržování etických norem (Matoušek, 2013, s. 357; Venglářová, 2013, s. 14).

Po domluvě s pracovníky pracoviště objednáva supervizi management zdravotnického zařízení. K supervizi je potřebná spolupráce a aktivní přístup pracovníků, jinak samotná supervize nemá význam a postrádá smysl. Pracovníci se se supervizorem schází opakovaně v předem domluvený čas a rozebírají společně téma, na kterém se již dohodli, že je problémem jejich pracoviště. Supervize vyžaduje pravidelnou účast všech členů, dodržování dohodnutých opatření, vyžaduje také ochotu problémy řešit. Supervidovaní by měli být upřímní, být sebekritičtí a měli by být schopni se poučit z chyb (Venglářová 2013, s. 15, 23).

Supervizor po provedené supervizi podává výslednou zprávu managementu, který supervizi objednal, ale jelikož je to anonymní práce, jsou to informace jen v rámci mezí a neměly by

být podrobné a konkrétní. K ukončení supervize dochází, pokud byl kontrakt sjednaný na pevnou dobu, dále je to závislé na hodnocení supervizora. Supervizor, tým nebo zadavatel, může mít pocit, že další spolupráce již nemá smysl. Z dalších důvodů se může jednat o nedostatek financí, časovou náročnost, personální změny, změny supervizora, ale také porušení pravidel nebo nespokojenost s vedením nebo formou supervize (Malíková, 2020, s. 139).

Supervize, která je dobře provedená, vede k vyššímu uspokojení z práce, zvyšování kvality, efektivity provedené práce, zlepšení interpersonálních vztahů a prevence vyhoření (Malíková, 2020, s. 139,140).

## **2.1 Formy supervize**

Supervize lze provádět různými formami, podle toho, jaké jsou nároky, či požadavky, a také aby byla co nejefektivnější. K odbornému dohledu a rozvoji profesionality poslouží vedoucí směny, přímý nadřízený - například staniční sestra, mentor, anebo interní supervizor. Interní supervizor může upevňovat jak profesní identitu, tak i roli. Interní supervize je většinou případová a probíhá individuálně nebo v týmu (Baštecká, 2016, s. 100,101).

Další formou supervize je externí, se kterou jsou větší zkušenosti. Při externí supervizi dochází hlavně k reflexi práce, sebereflexi a tím zlepšování spolupráce a kolektivní soudržnosti. Supervizor, je v tomto případě člověk, který není zaměstnancem organizace, je nezávislý, má odstup a nadhled. Přichází z venku, a tudíž nehodnotí pracovníky přímo a lépe dokáže zachytit jevy a situace, které v týmu nevidí (Baštecká, 2016, s. 106, Venglářová, 2013, s. 36).

### **2.1.1 Individuální supervize**

Individuální supervize se účastní pouze jedna supervidovaná osoba. Jde o diskrétní kontakt, který v pracovníkovi vytvoří pocit bezpečí a je schopen otevřít téma, o kterém by před skupinou nechtěl mluvit. Úkolem individuální supervize je reflexe, podpora profesionálního fungování a rozvoj pracovníka. Probíhá vždy plánovaně s vymezeným časem a s dohodnutým programem. Supervidovaný se supervizorem spolupracují se specificky stanovenými cíli a hranicemi postupu. Na první schůzce si vypracují supervizní dohodu a na jejím základě spolupracují. Individuální supervize je například vhodná pro vedoucí pracovníky nebo tam, kde není úplně možné dát dohromady skupinu lidí s podobným tématem (Takács, 2017, s. 168).

Proces individuální supervize zahrnuje reflexi práce s klienty, definování problému, který má být řešen, poskytnutí zpětné vazby od supervizora, nabídnutí variant příhodného řešení, zapojit supervizanta k vlastní tvořivosti a fantazii, poskytnout čas a prostor k přemýšlení, sebereflexi, sebehodnocení, podpořit jeho rozhodnutí o strategii práce, a nakonec společné zhodnocení proběhnuté supervize (Matoušek, 2013).

### **2.1.2 Skupinová supervize**

O skupinové supervizi hovoříme tehdy, pokud se sejde skupina pracovníků se stejnou nebo podobnou náplní práce, avšak jsou z různých pracovišť, a lépe, pokud se neznají. Skupinovou supervizi může tvořit 3 – 12 osob, ale lépe do 7 osob, aby byla schopna uspokojit všechny potřeby účastníků se členů. Od individuální supervize je tato verze levnější a jednotlivý účastník není tak vázaný na supervizora a podporu od něj. Ve skupině se účastníci mohou učit ze zkušeností kolegů a rozšiřují si profesionální obzory. Naopak ale je zde malý prostor pro jednotlivce, to může znamenat, že dojde k soupeření o vlastní čas, pozornost, prosazení, určitý tlak skupiny a vykolejení z komfortní zóny či udržení daného směru (Hawkins, 2016, s. 131, 133; Venglářová, 2013, s.37, 38).

Dle míry účasti supervizantů na supervizní práci můžeme dělit skupinovou supervizi na čtyři typy. Jedná se o autoritativní, participativní, kooperativní skupinu, u kterých se supervizor z velké části podílí na procesu řízení a členy do supervize vtahuje. Posledním typem je peer-skupina nebo též nazývána intervize. Tento typ superviduje svého člena nebo samu sebe bez pomoci, přítomnosti samotného supervizora (Venglářová, 2013 s.39).

Supervizor má ve skupině důležité úkoly. Musí umět dobře vybrat členy, protože ne každý je schopen ve skupině pracovat. Je třeba vytvořit atmosféru bezpečí, dobře vybrat metody a nástroje supervize, mít zkušenost s výsledky reflexe a výsledně mít podporu organizace. Vybraná skupina by měla sdílet společné hodnoty a motivaci pro věc (Hawkins, 2016, s. 134, 142).

### **2.1.3 Týmová supervize**

Tým ve zdravotnictví zajišťuje kvalitní zdravotní péči. Zvyšuje se návaznost a propojování pohledů a činností, jednotlivé činnosti na sebe navazují. Týmmá společný cíl, záměr a společnou odpovědnost. Důležité je, aby v týmu panovala důvěra a tolerance. Při týmové práci se používá i konstruktivní kritika a měla by být od členů vítaná. Je třeba se věnovat týmové spolupráci jak v podpoře komunikace, spolupráci členů se zájmem k pozitivní

atmosféře na pracovištích, tak především ke zdravotnímu stavu klienta (Vévoda, 2016, s. 80-83).

Týmové supervize se účastní všichni, kteří tvoří pracovní tým. To znamená, že se sejde skupina lidí, okolo 12 – 15 členů, za stejným účelem. Všichni se pojí pracovním životem, jsou to zaměstnanci z jednoho pracoviště s různými pracovními rolmi jako například lékaři, všeobecné sestry, ošetřovatelé a další. (Hawkins, 2016, s. 138; Takács, 2017, s. 169).

U týmové supervize se můžeme setkat s dvěma pojmy, které se od sebe liší, a to „supervize týmu“ a „supervize v týmu“, nebo se také mohou nazvat jako týmová případová supervize a vztahově komunikační supervize. Supervize týmu se zaměřuje na vztahy mezi lidmi na pracovišti, uspořádání rolí, kompetence jednotlivých pracovníků, charakter managementu a jeho řízení a další. Supervize v týmu je věnování se reflexi případu práce s klientem (Baštecká, 2016, s. 106, Venglářová, 2013).

Tato diplomová práce se zabývá spíše supervizí týmu/ vztahově komunikační supervizí. Čím se supervize týmu může zabývat? Zpřehledněním kompetencí a náplní práce jednotlivých pracovníků, postoji členů týmu k jejich práci. Dále je to určení rolí ve smyslu vztahu k práci a osobám, jaká je spolupráce mezi členy, jak a čím přisívají týmu, jak vzniká, jakým způsobem se hodnotí, zda se o ní komunikuje a v jaké míře. Jako dalším se supervize může zabývat samotnou atmosférou na pracovišti, jaké jsou například příčiny negativní, paralelní procesy, pak je to i atmosféra mezi týmem a dalšími lidmi z organizace. Při dlouhodobé spolupráci v týmu dochází k stereotypizaci, nuditosti a poklesu soudržnosti. Důležité je si uvědomit, jak pracoviště fungovalo v minulosti, jaké mělo tradice, hodnoty a hledat nebo dát přesnější směr k dalšímu vývoji, cílům, aspiraci. V neposlední řadě musí supervizor získat informace o tom, jak tým pečuje o samu sebe, kde získává podporu, inspiraci, kontrolu, uvolnění, ocenění a jak se učí (Baštecká, 2016, s. 108).

Aby nedošlo k záměně, bude tady upřesněno, čím se může zabývat supervize v týmu. Ta se zaměřuje na kazuistiky z pracoviště týmu. Tým pak společně rozebere případ, například dlouhodobou práci v péči o klienta. Dále je to diskuze nebo strukturovaně vedená reflexe o průběhu konzultace s klientem, o vedení programu s klienty a jejich zpětná vazba. Dále se dělá rozbor vzniku vzniklé zátěžové nebo krizové situace s klienty. V této formě supervize se projeví i vztahy jednotlivců na pracovišti, mohou se objevit boje o moc či autoritu v týmu (Baštecká, 2016, s. 106, 107; Venglářová, 2013).

Pokud má do týmu zavítat supervizor, musí si uvědomit, že tým je v nějakém určitém rozpoložení. Může být spokojený, vyrovnaný, šťastný, připadat si samostatně a sebevědomě, ale naopak může být i depresivní, rozvrácený a připadat si ztracený. Tak jako se může hnát dopředu do budoucnosti, tak může ustrnout v minulosti a apelovat na staré zvyky. Další věc je, jak tým přijme nástroj supervize. Zda budou čekat preventivní kontrolu nebo to bude utrpení. K zahájení týmové supervize je třeba, aby tým měl čas a dostupné finance k pravidelnému vedení. Dále musí se supervizí souhlasit všichni účastníci a také se jí účastnit. Tým by si měl stanovit jasné cíle a jak budou zacházet s výstupy ze supervize. Tato supervize je ve své podstatě finančně výhodná, protože se náklady rozpočítají mezi jednotlivé členy, také je zde určitá časová úspora. Mimo jiné jsou tato sezení vhodná k budování týmu, kdy se podporuje vzájemný vztah pracovníků, ale i naopak se mohou objevit sympatie a antipatie (Venglářová, 2013).

## 2.2 Funkce supervize

V této kapitole budou přiblíženy funkce supervize, které mají pracovníka vzdělávat, řídit a podporovat.

**Vzdělávací funkce**, jak již z názvu vyplývá, má pro supervidovaného představovat rozvoj pracovních a osobních dovedností. Souvisí s celoživotním vzděláváním a vzdělávání v oblasti kompetencí. Supervizor v tomto případě pomáhá supervidovaným reflektovat a rozebírat práci s klienty. Pomáhá lépe porozumět klientovi, uvědomovat si své vlastní reakce a jaké jsou dopady jejich intervencí. Jako další se v literatuře uvádí

**Řídící funkce** má snahu učit pracovníka držet se zásad týkajících se profese, standardů, organizačních postupů a legislativních předpisů. Napomáhá k oddanosti hodnot organizace a zvládání úkolů, čímž naplňuje své poslání. Řídící funkce pomáhá ke kontrole kvality vykonané práce, je zde potřeba mít někoho, kdo se podívá na naši práci.

**Podpůrná funkce** má na úkol zvládat pracovní zátěž supervidovaných. Podpůrná funkce posiluje pracovní odhodlání, motivaci a rozvíjí pracovní tvořivost. Supervize podporuje supervidované k tomu, aby rozuměli emoční zátěži z práce, byli schopni ji lépe zvládnout a byli schopni rozpoznat ovlivnění pracovního nasazení vlivem osobního života a životních událostí. Pokud nelékařský zdravotnický pracovník nevěnuje pozornost těmto emocím, může to vést ke stresu a případně i syndromu vyhoření v opačném případě tato funkce lze využít k podpoře týmu, prevenci syndromu vyhoření a lepšímu zvládání stresu a emocí (Baštecká, 2016, s. 103, 104, Hawkins, 2016, s. 60).

## 2.3 Supervizor a supervidovaný

**Supervizor** je hlavním mediátorem v procesu supervize. Je to vyškolený odborník, zejména profesionál v oblasti pomáhající profese jako je například psycholog, speciální pedagog, učitel, sociální pracovník, který má dlouhodobou praxi s prací s lidmi, vedení týmu a často bývá vzdělán i v psychoterapii. Supervizor by měl mít dovednosti, které umožňují hlubší zamyšlení, měl by mít odborné znalosti a schopnost porozumění, neměl by mít k supervidované osobě manažerský vztah, osobní vztah nebo blízce spolupracovat a měl by být schopen zachovat mlčenlivost. Supervizor ve své funkci musí zastat mnoho rolí. Poskytuje podporu jako poradce, pomáhá učit a rozvíjet se jako pedagog, je odpovědný za činnost k supervidovanému, tak k organizaci jako manažer či konzultant (Venglářová, 2013, s.23; Špirudová, 2015 s. 94, Hawkins, 2016 s. 54).

Supervizor je člověk, který přináší nestranný pohled na věc, své zkušenosti a doporučení. Je nápomocný v procesu porozumění pocitů, hledání řešení určitých odborných problémů a následné vyhodnocení pro další vedení práce. Během probíhající supervize je hlavní náplní rozhovorů situace z praxe zdravotníků. Od kontaktu s nemocným, bolestí, stresem, přes problémy vedení týmu, špatnou spolupráci s kolegy nebo vztah mezi lékařem a sestrou. Výsledkem supervize je podpora, posílení pracovních kompetencí, inspirace pro nové postupy, či doporučení k dalšímu vzdělání (Venglářová, 2013 s. 21).

Mezi úkoly supervizora patří ohleduplnost k zájmům klienta, sledování efektivity práce, sjednávání supervizního kontraktu a jeho dodržování. Dále se zajímá, jaké jsou zdroje v organizaci (personální, prostorové, materiální) a jejich efektivní využití, provádí monitoraci standardů práce a nabádá k možnostem rozvoje a vzdělání. V samotném procesu supervize přebírá zodpovědnost za dodržování požadavků, bezpečí procesu, za rámcové vymezení supervize a snaží se o přátelské a pracovní prostředí (Venglářová, 2013, Kalina, 2015 s. 626).

Supervizor by měl být empatický, upřímný, flexibilní z pohledu teorie a praxe, měl by mít schopnost porozumění, pozornosti, zvědavosti a měl by mít zájem a v neposlední řadě by měl být trpělivý. Při skupinové, či týmové supervizi, by měl být schopen reagovat na reakce členů a být schopen usměrňovat a zvládat úzkost jak svou vlastní, tak i supervidovaného. Při prvním setkání se stává, že členové mohou reagovat pasivním přístupem, mlčením, velice stručným popisem problému, popřením a bagatelizací problému, žertováním, sarkasmem, absencí a tak dále. (Hawkins, 2016 s. 51 – 52, 54).

**Supervidovaný** je označování pro člověka, který se potřebuje učit, kontrolovat a ověřovat činnost anebo je ho nutné vést. Supervidovaným se člověk stane tak, že cítí potřebu svou práci nějakým způsobem reflektovat nebo se potřebuje svěřit či rozebrat problémy, které pro něj tvoří určitou překážku v kvalitní práci (Kalina, 2015 s. 628).

Supervidovaný má právo si zvolit svého supervizora, ale ne vždy je to možné. Měl by do supervize přinášet témata k řešení, definovat cíle supervize, chuť pracovat, nezamlčovat a ve skupinových či týmových supervizích by měl mít určitou odpovědnost ke svým kolegům a být ochoten jim pomoci a chránit jejich soukromí. Supervidovaný musí být ochoten spolupracovat, být otevřený, mít aktivní zájem o změnu, chuť poznávat sebe a své hranice. Tak jako je důležitá úloha supervizora, je stejně důležitá úloha supervidovaného. Vzájemnou spoluprací dosáhnou lepší komunikace, jednání a řešení daného problému (Kalina, 2015, s. 628, Matoušek, 2013, s. 374).

### **2.3.1 Výcvik supervizora**

V České republice zajišťuje výcvikový program pro supervizi Česká instituce pro supervizi, která je členem Evropské asociace pro supervizi a koučink (EASC). Staniční sestra, perioperační sestra nebo jiný nelékařský zdravotnický personál se může přihlásit k výcviku a stát se tak členem a supervizorem ČIS. K výcviku jsou stanovena určitá kritéria, bez kterých se není možné stát supervizorem ([www.supervize.eu](http://www.supervize.eu)).

Staniční sestra, perioperační sestra musí mít ukončené vysokoškolské magisterské vzdělání v humanitním oboru, v pomáhající profesi musí mít praxi alespoň 13 let, musí mít úspěšně absolvovaný výcvik v psychoterapii, který je akreditovaný Českou psychoterapeutickou společností, dále je to 120 hodin vlastní supervize a z toho odvedených alespoň 20 hodin individuální supervize. Dále musí mít odvedených 200 hodin s vedením uceleného vzdělávacího programu v oblasti pomáhajících profesí nebo zkušenost 3 roky s vedením pracoviště nebo týmu ([www.supervize.eu](http://www.supervize.eu)).

Nejen, že jsou vstupní kritéria obsáhlá a přísná, ale i samotný supervizní výcvik je dlouhý a je třeba splnit spousty požadavků. Staniční sestra, perioperační sestra nebo jiný nelékařský personál musí splnit celkem 519 hodin, které jsou rozděleny do dvou oblastí „dostávání“ a „poskytování“. Každá oblast obsahuje dva takzvané „koše“, které obsahují určité požadavky, které budoucí supervizor musí splnit. Zakončení výcviku záleží na splnění všech požadavků, které jsou uvedeny výše a závěrečné posouzení, skládající se ze sepsané

kazuistiky vycházející z 5 supervizních sezení, prezentace audio nebo videozáznamu z vlastní supervize a diskuze. ([www.supervize.eu](http://www.supervize.eu)).

Stát se supervizorem je velice náročné, zdlouhavé a finančně náročné, proto pravděpodobně není supervizorů v ČR mnoho.

### 3 ZÁTĚŽOVÉ SITUACE

Tato kapitola je věnována zátěžovým situacím, a jak působí na nelékařský zdravotnický personál. Zátěžové situace, které jsou zde uvedené, se mohou vyskytovat jako následek práce nelékařského zdravotnického personálu. Jednou z možností řešit nebo jim předcházet je metoda supervize.

Nelékařský zdravotnický personál prochází v práci spoustou zátěžových situací. Je na něj kladen vysoký fyzický i psychický nárok. Jedná se o pracovní vytížení nebo naopak nevytížení, náročná práce, časový nátlak, stereotyp, pracovní tempo udávané pracovištěm, interpersonální vztahy, pracovní směnnost a tak dále. Mají velkou míru zodpovědnosti a pracují pod neustálým tlakem. Jakákoliv chyba může vést k závažným následkům, a proto je třeba pečovat u nelékařského zdravotnického personálu o jejich duševní zdraví, například formou supervize, o které byla předchozí kapitola (Vévoda, 2013 s. 88).

V práci dochází ke kontaktu jak s klienty, tak se spolupracovníky, vedoucími pracovníky a lékaři, a to může vést za daných okolností k určitým problémům. Bezproblémová týmová spolupráce je základem k celkové pohodě na pracovišti i u jednotlivých pracovníků.

Zátěžové situace se objevují jak ve fyzické, tak i psychické rovině. Fyzická zátěž ve zdravotnictví se týká hlavně sester na lůžkovém oddělení, ale záleží na druhu oddělení a různorodosti zdravotního stavu klientů. V rámci léčebné a ošetrovatelské péče, fyzickou zátěž, způsobuje manipulace s klientem, ale lze sem zařadit i manipulaci se zdravotnickým materiálem či prádlem. K řešení snížení fyzické zátěže postačí dostatek zdravotnického personálu, dostatek polohovacích a mobilizačních pomůcek. Psychickou zátěž můžeme definovat jako psychické zpracování a vyrovnávání se s požadavky a vlivy z pracovního a životního prostředí. Je zde neustálá pozornost, sledování, flexibilita na různé požadavky a změny a odpovědnost za výslednou práci. Pokud psychická zátěž trvá dlouhou dobu, mohou se vyskytnout psychosomatické poruchy zdraví a psychické poruchy. Psychickou zátěží se rozumí přetížení nebo naopak nevytížení, vysoká náročnost práce, časový nátlak, stereotyp, interpersonální vztahy, směnová a noční práce apod. Na nelékařský zdravotnický personál tak mohou negativně působit konflikty ve vztahu lékař a pacient nebo působení bolesti a utrpení pacienta. Pracovní doba, směny a noční práce působí na nelékařský zdravotnický personál v mnoha směrech. Tato práce klade vysoké nároky na adaptaci ve změně životního stylu, kdy jsou všeobecné sestry omezené v sociálním kontaktu s rodinou, společenských akcí,

nepravidelností osobního volna, nedostatečného odpočinku, spánkového dluhu, chronické únavy atd. (Vévoda, 2013 s. 86-88; Špirudová, 2015 s. 54-57).

### 3.1 Stres

Vágnerová (2014) ve své knize definuje stres jako: „*komplexní psychofyzilogickou reakci, která se na psychické úrovni projevuje pocitem nadměrného zatížení či ohrožení duševní a tělesné pohody*“. Samozřejmě existuje spousta definic, ale všechny nakonec mají společného jmenovatele, a to, že dochází k narušení vnitřní rovnováhy (Venglářová, 2011, s. 47).

Prožívání stresu je většinou spojeno s nepříjemným uvědoměním přílišného zahlcení událostmi, které vstřebáváme od svých klientů, spolupracovníků či nadřízených, ale také z osobního života. U pomáhajících profesí se stresory objevují často, vybudí naše duševní a tělesné systémy k akci, ale zaniká možnost použít tuto energii a nějakým způsobem ji vybit. Hlavní úlohou stresu je chránit organismus před nějakým nebezpečím. Stres organismus na něj přímo upozorňuje a tělo spouští poplašnou reakci a udržuje ji, dokud neodezní. Z obecného hlediska lze říct, že příčiny stresu jsou v rámci špatné organizace práce. Je velice frustrující, pokud není jasné, kdo za toto má zodpovědnost v hierarchii pracovníků nebo také nedostatečné vybavení v důsledku nedostatku peněz. Další příčinu lze uvést nedostatek personálu, kdy je stávající personál zahlcen úkoly nad rámec svých kompetencí a kvalifikace, a tím vzniká časová tíseň, která je v rozporu s efektivitou vlastní práce. Člověk může mít pocit, že jsou jeho profesní schopnosti nedoceněné, protože se soustředí na přidružené činnosti, a nikoliv na ty hlavní. Tak může vzniknout u pracovníků pocit frustrace. Mezi další příčiny se uvádí dlouhá pracovní doba, která je únavná i stresující sama o sobě. Každý jedinec je jiný a každý má jinak nastavené úlohy těla a mysli. Někdo má pocit čilosti v ranních hodinách, někdo v odpoledních a někdo ve večerních. Při směnném provozu se narušuje rytmus těla a vzniká fyzický i psychický stres. Dlouhá pracovní směna v nemocničním prostředí je také nepředvídatelná, takže pracovník nemá pocit bezpečí a není chráněn před požadavky svého zaměstnavatele. Z dalších příčin se může zmínit nízká prestiž povolání či nízký plat. Pokud by byla práce, nelékařského zdravotního personálu, ve společnosti dostatečně ohodnocená a pokud i finanční ohodnocení by bylo na stupni spokojenosti, tak se jedinci mohou vyhnout stresu z finančních potíží, mohou být efektivnější v práci a měli by pocit skutečného uznání. Stresující a frustrující je samozřejmě ve zdravotnictví i množství formulářů a dokumentace, u které tráví většinu času. Dále je zde možné zařadit nejasně definované role v týmu, konflikty samotných rolí, přehnaná očekávání od sebe sama,

nedostatek pravomocí, střety s nadřízenými či konflikty mezi kolegy, špatná komunikace v týmu a nedostatečné vedení od managementu, nedostatek vzdělávacích akcí, ale také nároční klienti (Fontana, 2015, s. 52-71; Hawkins, 2016, s. 31; Pešek, 2016, s. 11).

Při stresu dochází k aktivaci sympatiku, a tak i k vyplavení adrenalinu a noradrenalinu, což má za následek zúžení cév, zrychlený dech a pulz, zvýšené krevní zásobení a tonus kosterního svalstva, naopak snížení napětí hladkého svalstva trávicího traktu, rozšíření zornic a odkrvení prstů. Člověk je tak neklidný, pociťuje napětí a aktivuje energii pro akci. Pokud je stres přiměřený a máme ho pod kontrolou, může být i užitečný. Stres stimuluje mysl i tělo, a to vede k lepším výkonům a k pocitu spokojenosti. Pokud se objeví extrém, kdy je stresu málo, ale delší dobu, pak nastává takzvaný syndrom boreout, tedy syndrom znužení. Naopak, pokud je stres dlouho a intenzivní, je tu možnost rozvinutí takzvaného syndromu burnout, tedy syndromu vyhoření. V životě jde tedy o to, abychom si udrželi nebo hledali přiměřenou míru stresu a stres nám byl tak prospěšný (Pešek, 2016, s. 11).

Stres můžeme dělit na eustres a distres, takzvaný dobrý a špatný stres. Tyto stresy prožíváme každý zvlášť, ale mohou se i prolínat (Pešek, 2016, s. 12).

Eustres je druh stresu, který není založen na negativním emocionálním zážitku, ale je pozitivní a může vybudit pracovníka k tomu, aby mobilizoval svou energii a připravil se k akci. Jde o zvládnutí situací, které nám přinášejí radost, ale vyžadují určité úsilí. Eustres by měli lidé aktivně vyhledávat, protože pak dochází k odolnosti vůči stresu a je zde předpoklad k tomu, být stabilní osobností (Hawkins, 2016, s. 31; Plamínek 2013, s. 132, 134).

Distres je jako eustres také druh stresu, ke kterému ale dochází, pokud nemáme věci pod kontrolou, pracovní přetížení, výpověď či propuštění ze zaměstnání, konflikty se spolupracovníky, partnerem, úmrtí a další. Všechny tyto události vidíme negativně a prožíváme emoce jako je strach, úzkost, zlost nebo bezmoc. Distres je prospěšný k tomu, abychom si byli schopni pomoci sami, ale pokud je distres nekontrolovatelný, tím vzniká větší labilita jedince (Pešek, 2016, s. 12; Plamínek 2013, 132, 134).

Mezi stresové situace, o kterých je třeba se zmínit, se řadí frustrace. Frustrace je stav, ve kterém se nečekaně neuskuteční uspokojení subjektivních potřeb nebo dosažení cílů. Jedinci je něčím nebo někým zabráněno v dosažení cíle. Je to prožitek zklamání, ale v některých případech může být i žádoucí. Jedince nutí hledat řešení, které bude účinnější (Vágnerová, 2014, s. 40).

Deprivace je další stresová situace, která se může vyskytovat u nelékařského zdravotnického personálu. Deprivaci definujeme jako stav neuspokojení, nebo nedostatečné uspokojení přiměřeným způsobem a dostatečně dlouhou dobu biologických a psychických potřeb. Deprivace patří k nejzávažnějším vlivům zátěžových situací. Nepříznivě ovlivňuje psychický stav, ale i psychický vývoj jedince (Vágnerová, 2014, s. 43).

### **3.1.1 Příznaky stresu**

V literatuře existuje mnoho seznamů, které se zabývají příznaky stresu, avšak ve Světové zdravotnické organizaci došlo k dohodě, jak se stres projevuje, a vznikl tak seznam příznaků stresového stavu. Jedná se o fyziologické, psychologické a behaviorální příznaky (Hawkins, 2016, s. 32).

Stresový stav se mimo jiné může projevovat u jedince fyzickými příznaky jako je palpitace, bolesti hlavy vycházející z krční páteře nebo migrény, zvýšené svalové napětí v oblasti krční páteře a v křížové oblasti, tísnivé pocity na hrudi, nechutenství, plynatost, křečovitě bolesti břicha, časté nucení na močení. Dále je to snížené libido nebo až sexuální impotence, změny v menstruačním cyklu, enantém, pocity svírání v krku a tak dále (Hawkins, 2016, s. 32).

Mezi psychologické příznaky se zařazují výkyvy nálad, kdy se mění velká radost ve velký smutek nebo naopak, podrážděnost, úzkost, zabývání se věcmi, které pro nás nejsou potřebné nebo důležité, pocit únavy, starost o svůj vlastní zdravotní stav, neschopnost empatie, stáhnutí se ze společenského života a nadměrné snění (Hawkins, 2016, s. 32).

Mezi behaviorální příznaky – v chování a v jednání jedinců se vyskytuje nerozhodnost, kdy je člověk nejistý v situacích, které vyžadují volbu mezi více možnostmi. Dále je to narušený denní rytmus ze střídajících se pracovních směn. Člověk má problém s usínáním i se samotným spaním, dlouho bdí, probouzí se v noci a vstává unavený. Další z příznaků, které definuje WHO, je pesimistické smýšlení a vidění světa, změněný vztah k potravě, buď dochází ke ztrátě chuti, nebo naopak k vyššímu množství příjmu jídla. Jako další v řadě je nepozornost, ztráta chuti a motivace do práce, zhoršená kvalita práce, snížená výkonnost, zvýšený příjem alkoholu, zvýšená spotřeba tabákových produktů, možná závislost na drogách či lécích (Hawkins, 2016, s. 32).

U člověka, který je vystavený stresu, je důležité, aby se uměl nad sebou zamyslet a všimnout si vlastního přetížení. Dále je důležité, aby si uvědomil a ujistil se v tom, že dostane podporu ve zvládnutí jak příznaků stresu, tak i podporu samotné příčiny od pracovního týmu nebo od samotného vedení. Vedoucí pracovník by měl být schopen rozpoznat přetížení u svého

personálu a měl by být schopen ke konstruktivnímu řešení. Pokud bude jedinec dlouhodobě přehlížet příznaky, dojde to do takové situace, že ho to zaplaví, a jedinou pozornost bude upínat na vlastní příznaky.

### **3.2 Konflikt a komunikace**

Dobré pracovní vztahy a atmosféra na pracovišti mají vliv na spokojenost v práci, kvalitu odvedeného výkonu a výsledků. Lékaři i nelékařský zdravotnický personál spolupracují s jinými zdravotnickými profesemi a odbornými pracovníky nebo také s managementem a pacienty, proto je důležité tyto faktory pozorovat. Konflikty a komunikace na pracovišti ovlivňují práci všech pracovních skupin. Jde o to, že všechny skupiny mohou mít jiné představy o rolích a povinnostech různých profesí, a pak může být mezi vztahy napětí, neklid, či pracovní nespokojenost. Pracovní vztahy je třeba budovat a přistupovat k nim zodpovědně z mnoho stran. Lze říct, že vztahy jsou založeny na komunikaci jednotlivých pracovníků jak verbální, nonverbální, tak i v oblasti činů (Vágnerová, 2014, s. 40).

Člověk se v životě opakovaně setká s konfliktem a ve zdravotnictví, kdy jsou všichni vzájemně propojeni a odkázáni na sebe, jsou konflikty nedílnou součástí dne. Pojem „konflikt“ pochází z latinského *conflictus* – srážka. Konflikt lze definovat jako střet představ, co se očekává, co je zavedené. Je to spíše v negativním slova smyslu. Konflikt značí nesoulad, disharmonii, situace, kterým se člověk vyhýbá a vědomě brání. Záleží tedy i na tom, jak samotný člověk vzniklou situaci vnímá, prožívá, jak na něj působí, a jak ji případně řeší. Nemusí to být vždy nepříjemný zážitek a může přinést i jisté výhody. V každém případě je zapotřebí jakýmkoliv konfliktům předcházet a vzniklé umět dobře a efektivně řešit. Vévoda (2014) ve své knize uvádí, že z výzkumného šetření, které bylo provedeno Ministerstvem zdravotnictví ČR, vyplývá, že konflikty mezi lékaři a všeobecnými sestrami připouští méně jak polovina z nich. Dle vyjádření lékařů se konflikty objevují v operačních oborech, anesteziologicko-resuscitačních oddělení a jednotkách intenzivní péče. (Venglářová, 2011 s. 91; Vévoda, 2013, s. 56, 57).

Konflikty mohou být vnitřní, interpersonální či mezi skupinami. Významné jsou vnitřní konflikty, které jedinec řeší ve svém vědomí. Je to prožitek vnitřního napětí, které je vyvoláno emocemi. Některé konflikty je jedinec schopný zvládnout tím, že komunikuje. Sdělí názor na věc, své představy o dalším vývoji atd. Naopak v některých případech je konfliktem vyvolané takové napětí, že jedinec není schopen použít k řešení mechanismy, které jindy fungovaly. Jde o obranné mechanismy, které nazýváme popření, to je nejjednodušší z obran. Dále

racionalizace, kdy si jedinec vysvětlí chování po svém, a tím neřeší své problémy a netrápí se svými nedostatky. Další z mechanismu je přemístění emocí. To znamená, že člověk své negativní emoce přináší z pracovního prostředí do osobního života. Pokud jedinec dokola opakuje způsob chování, komunikace a řešení problému bez výsledku, nazývá se tento obranný mechanismus fixace. Mezi nejčastější problémy na pracovišti patří interpersonální konflikty. Vznikají z rozdílného názoru postojů a představ, z odlišné motivace a cíle, dále z nevyjasněných rolí, lidských rysů, chyb v managementu a další. Nejčastější konflikty mezi skupinami jsou mezi lékaři a nelékařským zdravotnickým personálem (Vágnerová, 2014, s. 40; Venglářová, 2011 s. 91).

Hlavní příčiny jsou uváděny v pracovních podmínkách, a to v únavě a vyčerpanosti z nedostatku všeobecných sester. Další příčinou je uváděno chování, jednání a osobnostní rysy. Hlavní řešení konfliktu a nedílnou součástí spolupráce je komunikace v týmu. Všichni členové týmu musí mít dostatek informací, aby se mohli věnovat své práci a nedocházelo k přehmatům či omylům. Při každé formě komunikace je třeba ochota a umění komunikovat. Komunikace je výměna či předávání informací, dat, názorů, postojů mezi lidmi a přispívá k efektivnímu sebevyjadřování. Slouží k vyjádření pocitů, prohlubování vztahů či navazování kontaktů. Komunikace tvoří základ kvalitní ošetrovatelské péče, a proto by měla být ve vztahu ke spolupracovníkům tak k pacientům jednoduchá, stručná, zřetelná, načasovaná a důvěryhodná (Venglářová, 2011, s. 86; Zacharová, 2016, s.8-9; Zacharová, 2017, s. 81, 83; Vévoda, 2013 s.65).

K efektivní spolupráci a komunikaci je zapotřebí, se se svými spolupracovníky seznámit blíže. Interpersonální vztahy na pracovišti je třeba budovat, protože přispívají k fyzickému i psychickému zdraví. V první řadě je první dojem a ten rozhoduje, zda na jeho základě bude vztah rozvíjen. V dalším kroku lidé zjišťují zájmy a zkušenosti a očekávají reakce při předkládání svých názorů. Tím se otevírají okruhy témat ke komunikaci, vzniká uvolněná atmosféra a vzájemný vztah se prohlubuje. Všichni členové týmu by na základě komunikace měli znát své úkoly a spoluprací by je měli umět zrealizovat. Tým nebo individuální člen by se měl účastnit řešení konfliktů a měl by umět sdělit svou nespokojenost, pochyby a problémy. V neposlední řadě je důležité přijmout svou roli v týmu a role ostatních v pracovním kolektivu dodržovat zásady slušného chování (Venglářová, 2011 s. 86, 89, 90; Zacharová, 2016 s. 24).

### **3.3 Krize**

Krize je definována jako náhlé negativní vyhocení situace, nebo dlouhodobé hromadění problémů, které je spojené s pocitem nezvládnutelného problému. Jde o narušení psychické rovnováhy a dosud funkční adaptační mechanismy selhaly a člověk je nucen hledat jiné účelnější řešení. Psychická krize je doprovázena negativními emočními prožitky, je narušený pocit jistoty a bezpečí, objevuje se úzkost, zoufalství a beznaděj. Člověka ovládají pocity bezmocnosti, bezradnosti a neschopnosti situaci zvládnout, mění se jeho pohled na věc a hodnocení dané situace. V důsledku krize je jedinec ovlivněn emocionálně a má tendenci k sugesci, proto jeho úvahy mohou být neadekvátní a zkratkovité. Jeho chování může být jak afektivní a impulzivní, tak utlumené. Reakce na psychickou krizi probíhá, tak jako reakce na stres, v určitých fázích. Stejně tak zvládnutí krize může být pozitivní i negativní význam. V pozitivním smyslu přispívá k rozvoji jedince, například k osamostatnění nebo naopak v negativním smyslu může dojít například k užívání psychotropních látek (Vágnerová, 2014, s. 43; Kurucová, 2016 s. 19).

#### **3.3.1 Příčiny krize**

Matoušek (2013) ve své knize uvádí dvě příčiny krize jako spouštěče. Jsou to vnější a vnitřní spouštěče. Mezi vnější řadí ztrátu objektu, která znamená ztrátu čehokoli, s čím je člověk vázán, identifikován a má pak pocit ohrožení. Dále je to volba. Jedná se o bezradnost a vyčerpanost z váhání. To, že se člověk musí rozhodnout a zvolit pro jednu cestu a hodnotu, může způsobovat určitou zátěž. Posledním vnějším spouštěčem krize může být změna, kdy kvalitativní i kvantitativní změny způsobují nepohodlí a pocit nejistoty, a to může spustit nepředvídatelné neštěstí. Do vnitřních spouštěčů krize je zařazena nutná adaptace na vlastní vývoj a změny a z toho vyplývající neschopnost vyhovět všem požadavkům. Druhým vnitřním spouštěčem lze uvést zaslepenost k řešení problému. Pouze jsou provedeny kroky a určitá strategie k překlenutí situace, které jsou v budoucnosti hrozbou k potencionální krizi. Důvod krize zkoumal v šedesátých letech 20. století Holmes a Rahe. Do krize ve zdravotnictví lze uvést nějaké příklady. Může se jednat o přeřazení na jinou práci, změna odpovědnosti v práci, konflikt s nadřízeným, změna pracovní doby, zaměstnání anebo změna finančního stavu (Matoušek, 2013, s. 121)

### **3.4 Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření neboli „burnout syndrome“, znamená vyhořet, vyčerpat, vyhasnout. Objevuje se hlavně u lidí, kteří jsou v neustálém sociálním kontaktu. Jsou to ve většině

případů lidé ambiciózní, schopní a zodpovědní. Nejvíce ohrožení jsou lékaři, nelékařský zdravotnický personál, psychologové, sociální pracovníci, učitelé, pracovníci dispečinku, policisté, kriminalisté, ale například i vrcholoví sportovci, novináři a další. Pešek (2016, s.15,16) ve své knize uvádí, že se se syndromem vyhoření setká odhadem 20 – 30 % lidí. Vzniká spojením rizikových faktorů, které se objevují v osobnosti člověka, v pracovním prostředí, ale i v osobním životě. Z pohledu jedince může vzniknout syndrom vyhoření, pokud převažuje negativní myšlení a práce mu nedává smysl, dále pokud nezvládá stresové situace, a to hospodaření s časem. Tím vzniká špatné rozložení práce, málo času na sebe nebo se nashromáždí negativní životní události. Z pohledu organizace by mohly být zmíněny příčiny jako nevhodné pracovní podmínky, špatná organizace práce – nedostatek informací, nedostatek podpory od vedení, dále nemožnost vzdělávání a supervize (Baštecká, 2015, s. 140-141; Venglářová 2011).

Shohet a Hawkins (2016) ve své knize uvádějí definice vyhoření dvou autorů Pines a kol. (1981) definují vyhoření jako: *„výsledek neustálého nebo opakovaného emočního tlaku spojeného s intenzivní účastí s lidmi dlouhá období. Taková intenzivní účast je obvyklá zejména ve zdravotnických a školských profesích a v sociálních službách, kde je „náplní práce“ zabývat se psychickými, sociálními a tělesnými problémy druhých lidí. Vyhoření je bolestivé zjištění, že již nedokážou pomáhat lidem v nouzi, že již v sobě nemají nic, z čeho by mohli rozdávat.“* Dále například Fineman (1985) říká, že vyhoření představuje: *„stav emočního a tělesného vyčerpání s nedostatkem zájmu o práci a nízkou důvěrou v druhé; depersonalizaci klientů; ztrátu zájmu a cynismus vůči nim; odsuzování sebe samého, nízkou pracovní morálku a hluboký pocit selhání.“* (Hawkins, 2016, s. 33)

Vyhoření je typické únavou, a to hlavně emoční, která se projevuje citovou tupostí a lhostejností k lidem, kterým má pracovník poskytnout pomoc. Dalším projevem je bezmocnost a beznaděj, kdy člověk vše vidí pesimisticky a viní z toho své okolí, konkrétně nejčastěji své pracoviště. V návaznosti na bezmocnost a beznaděj je větší náchylnost k somatickým onemocněním. Syndrom vyhoření je typický svou plíživostí. Trvá i několik let, než si pracovník povšimne nějakých změn ve vztazích k práci či lidem, s kterými se setkává (Baštecká 2015, s. 138, 139; Venglářová 2011).

Před vyhořením je třeba se bránit dříve, než k němu dojde a všimnout si příznaků stresu a řešit je včas, buď samotným jedincem, spolupracovníky, nadřízeným nebo například supervizorem. (Hawkins, 2016, s. 33; Baštecká, 2015, s. 141).

### 3.4.1 Fáze rozvoje

Syndrom vyhoření, jak jsem již zmiňovala výše, má pozvolný průběh a trvá i několik let. Je to neustále se vyvíjející proces. Může se začít rozvíjet již při nástupu do zaměstnání pomáhající profese u motivovaného, nadšeného člověka, který má své plány a nereaguje na únavu (Venglářová, 2011).

Nejprve se u syndromu objevuje emoční vyhoření, postupně se může rozvinout psychické vyhoření a v poslední řadě fyzické vyčerpání, které způsobí psychosomatické onemocnění, následkem potlačovaného stresu (Venglářová, 2011).

V první fázi syndromu vyhoření je nadšení. Člověk má své ideály, cíle, odvádí kvalitní, smysluplnou práci a přetěžuje se. Druhá fáze je stagnace, vystřízlivění. Jedinec upouští od svých ideálů, dochází ke střetu s realitou a jeho nadšení upadá. V další fázi je frustrace, pracovník hledá smysl své práce, cítí se osamělý, vidí pouze své problémy a je zklamaný. Jako předposlední fáze je apatie, která je obrannou reakcí. Jedinec své zaměstnání hodnotí jen jako přínos peněz k živobytí, nemá zájem se vzdělávat, vykonává jen nejnutnější práci, snaží se vyhýbat komunikaci s klienty i s kolegy o pracovních tématech. Mohou se v této fázi začít objevovat psychosomatické problémy, jako je bolest hlavy, zad, únava atd. a to má za následek vyšší absenci v práci. V poslední fázi už je samotný syndrom vyhoření, jedinec je vyčerpaný, negativní, lhostejný a vyhýbá se pracovním požadavkům. Tento stav je doprovázený i depresemi (Venglářová 2011; Pešek 2016, s. 19, 20).

## 4 MANAGEMENT VE ZDRAVOTNICTVÍ

Tato kapitola bude věnována managementu už podle názvu diplomové práce, ve kterém se tento pojem vyskytuje.

Na začátek je třeba říct a uvědomit si, že ve zdravotnictví a zdravotnických službách má péče řadu specifík. To znamená, že je pak v důsledku kladen zvláštní nárok jak na zaměstnance, ale v první řadě na manažery, kteří se musí přizpůsobit situacím, kde platné zákony managementu nefungují. Důležité faktory, se kterými se manažer ve zdravotnictví musí potýkat, a ovlivňují jeho práci, je například, že se zdravím nelze obchodovat, jsou tu dilemata v oblasti etiky, tlak z ekonomického, společenského, či politického hlediska, je zde zvýšená míra stresových faktorů a rizika syndromu vyhoření, hodnocení kvality péče klientem tak dále (Hekelová, 2012, s. 9 - 13).

Management je vědní obor, který má také svou historii, teorii, praktiky a literaturu. Definice je mnoho, ale Žaloudek (2017) ve své knize uvádí, že se jedná o: *„sumu názorů, zkušeností, doporučení, metod a nástrojů, jimiž manažeři koordinují zaměstnance organizace a její funkční celky tak, aby bylo dosaženo vytyčených cílů, a to s racionálním využitím zdrojů a příležitostí.“* Plevová (2012) uvádí, že *„management je proces tvorby a udržování prostředí, ve kterém jednotlivci pracují společně ve skupinách a účinně dosahují vybraných cílů.“* Management ve zdravotnictví má nezastupitelnou funkci, ačkoliv není stále vnímán tak, jako klasický management v podnikání. Je to proces, při kterém dochází ke koordinaci a řízení činností skupiny pracovníků s cílem dosáhnout určitých výsledků a vyhnout se tak chaosu, ke kterému má tendenci přirozeně systém spět. Výsledků nelze dosáhnout individuálně, a smyslem je tak produktivita práce skupiny (Žaloudek, 2017, s. 15; Plevová, 2012, s. 11).

### 4.1 Manažer

Manažer by měl být silná osobnost se silným morálním sebevědomím se schopností korigovat vlastní chování. Ve zdravotnictví je převaha týmové práce, proto je důležité, aby manažeři disponovali vlastnostmi jako je důvěryhodnost, motivační dovednosti, konstruktivní kritičnost, spolehlivost, adaptabilita a flexibilita. Jedinec v roli vedoucího pracovníka by měl mít schopnost vybrat správné lidi do svého týmu, zapojovat se do správných projektů, měl by být schopen řešit vzniklé problémy, dokázat vyhodnotit vývoj projektu, starat se o potřeby klientů, hájit si své oddělení a tým pracovníků a předcházet konfliktům. U člověka, který je ve vedoucí pozici, předpokládáme, že by měl umět plnit zadané úkoly, jak nejlépe umí, vydávat ze sebe maximum a být zapálený do své práce. Vedoucí pracovník je schopen prosadit se,

řícine, pečuje o sebe a svůj další rozvoj. Manažeři ošetrovatelské péče vykonávají řízení ošetrovatelských služeb pomocí kontroly, hodnocení a udržování kvality. Prioritou by měla být kvalita, její zvyšování a nepřetržité činnosti, které k ní vedou. Pro zaměstnance by se kvalita měla stát součástí profesionálního vnímání. K tomu, aby byla prováděna kvalitní ošetrovatelská péče, je zapotřebí předcházet možným chybám. Jádrem manažerské práce tvoří vedení a řízení, do které spadá motivace, která je potřebná k tomu, aby pracovní kolektiv a jeho vedoucí byl úspěšný. K samotné motivaci týmu je velice potřebná motivace sebe sama. Demotivovaný člověk nemůže dlouhodobě a kvalitně udržet motivaci a řídit podřízené. Vnitřní motivaci ovlivňuje mnoho faktorů, mezi které patří nálada na pracovišti, vlastní zdravotní stav, ale i osobnostní rysy jako temperament, vnitřní energie, či předpoklady k tomu být manažer (Hekelová, 2012, s. 17; Plevová, 2013, s. 32, 33; Gladkij, 2003, s. 185).

Management se dělí na vrcholový, kde se řídicí pracovníci zaměřují na vize, koncepce, strategické plánování, mění organizační strukturu atd. Do vrcholového managementu se řadí např. ředitel nemocnice, hlavní sestra a další. Vrcholový manažer by měl mít ošetrovatelské nebo manažerské vzdělání a jeho zodpovědnost je v rámci celkové činnosti ošetrovatelského úseku. Dalším dělením je střední management, kdy je vedoucí pracovník manažerem ošetrovatelství a členem vedení kliniky či oddělení. Zodpovídá se za celkovou činnost personálu náměstkovi ošetrovatelské péče. Naopak některé kompetence může delegovat na staniční či úsekové sestry. Střední manažer by měl mít kromě specializačního vzdělávání, ukončené vysokoškolské bakalářské nebo magisterské studium. Střední manažer provádí taktické i střednědobé plánování, koordinuje výkonně operativní činnosti, zabývají se získáváním a předáváním informací, musí se orientovat v mezilidských vztazích atd. Do středního managementu řadíme např. primáře a vrchní sestry. Posledním dělením je liniový management, vykonávající každodenní úkoly. Základním úkolem vedoucích pracovníků je zabezpečení komunikace mezi vedením a provozními pracovníky, dále operativní řízení, plánování a každodenní práce a jednání s lidmi. Do liniového managementu řadíme staniční sestry, vedoucí lékaře atd. (Plevová, 2013, s. 35, 36).

## **4.2 Vrchní a staniční sestra**

Tato diplomová práce se zabývá tématem „Supervize pohledem managementu“, a proto v této kapitole bude definován pojem vrchní a staniční sestra a přiblížen rozdíl v činnostech a daných kompetencích.

Sestra v roli vedoucího zaměstnance má pravomoc a odpovídající odpovědnost k tomu, aby organizovala, řídila a kontrolovala práci a činnost podřízených. Předpokladem k výkonu povolání vedoucího pracovníka je, trestní bezúhonnost, zdravotní způsobilost, odborná způsobilost a způsobilost k právním úkonům. V oblasti ošetrovatelské péče je **vrchní sestra** nejvyšším pracovníkem v hierarchii nelékařských zdravotnických pracovníků. Vrchní sestra odpovídá za výsledky a kvalitu práce, spolupracuje s lékaři, supervizorem, sociálními pracovníky, staničními sestrami, zpracovává nové metody práce v ošetrovatelské péči, sleduje a vyhodnocuje ekonomická, zdravotnická a ošetrovatelská kritéria oddělení, dbá o profesní rozvoj podřízených, plánuje, koordinuje a kontroluje ošetrovatelskou péči na pracovišti, vede nelékařský zdravotnický personál k plnění pracovních povinností dle platných standardů, provádí kontroly prevence nozokomiálních nákaz v pravidelných intervalech, zachovává mlčenlivost a respektuje práva klientů. Z dalších pracovních povinností vrchní sestry je, že dodržuje platné předpisy, právní nařízení při práci, je vzorem pro své podřízené spolupracovníky, může řešit konflikty a spory na pracovišti, aby podporovala interpersonální vztahy a kladnou atmosféru pracoviště. Vrchní sestra má za úkol také podporovat, oceňovat a motivovat své podřízené k práci, podílí se na zjišťování spokojenosti klientů s ošetrovatelskou péčí, zpracovává výsledky, sleduje vytíženost nelékařského personálu, nedostatky kvality a vytváří návrhy ke zlepšení a tak dále. Z technické práce se jedná o komunikaci s dodavateli zdravotnického materiálu, evidence zdravotnického materiálu, manipulace s odpadem, zajišťuje servis a opravy zdravotnických přístrojů, navrhuje vybavení pracoviště a předkládá návrhy, kontroluje stav zásob zdravotnického materiálu, prostředků a léčiv. Z personální oblasti má, vrchní sestra, za úkol vypracovat, schvalovat a kontrolovat rozpisy služeb a pracovní náplň práce podřízených pracovníků, zajišťuje provoz oddělení, přijímá nebo propouští nelékařský zdravotnický personál, vypracovává změny pracovních úvazků (Malíková, s. 94-99; Plevová, 2012 s. 36, 40).

**Staniční sestra** je definována jako vedoucí ošetrovatelského týmu na daném oddělení. Většinou se jedná o sestru s dlouhou praxí, tudíž o zkušenou sestru na daném oddělení, s adekvátním vzděláním v oboru, a která má předpoklady k vedoucí funkci. Kompetence staniční sestry zahrnují odborné a manažerské činnosti. Do odborných kompetencí zapadá například aplikace chemoterapie, edukace pacientů, hodnocení, ošetrování chronických ran a stomií atd. V manažerských kompetencích nalezneme ekonomické hospodaření při vedení oddělení, sestram, které pracují bez odborného dohledu, zajišťuje dohled, školí nové pracovníky, hodnotí stávající pracovníky, či provádí audit na oddělení. Mezi další práce

staniční sestry lze zařadit spolupráci na auditní činnosti v též zdravotnickém zařízení, dále se podílí na zvyšování kvality poskytnuté ošetrovatelské péče (Plevová, 2012, s. 41). Tato diplomová práce se zabývá tématem „Supervize pohledem managementu“, a proto v této kapitole bude definován pojem vrchní a staniční sestra a přiblížen rozdíl v činnostech a daných kompetencí.

Sestra v roli vedoucího zaměstnance má pravomoc a odpovídající odpovědnost k tomu, aby organizovala, řídila a kontrolovala práci a činnost podřízených. Předpokladem k výkonu povolání vedoucího pracovníka je trestní bezúhonnost, zdravotní způsobilost, odborná způsobilost a způsobilost k právním úkonům. V oblasti ošetrovatelské péče je **vrchní sestra** nejvyšším pracovníkem v hierarchii nelékařských zdravotnických pracovníků. Vrchní sestra odpovídá za výsledky a kvalitu práce, spolupracuje s lékaři, supervizorem, sociálními pracovníky, staničními sestrami, zpracovává nové metody práce v ošetrovatelské péči, sleduje a vyhodnocuje ekonomická, zdravotnická a ošetrovatelská kritéria oddělení, dbá o profesní rozvoj podřízených, plánuje, koordinuje a kontroluje ošetrovatelskou péči na pracovišti, vede nelékařský zdravotnický personál k plnění pracovních povinností dle platných standardů, provádí kontroly prevence nozokomiálních nákaz v pravidelných intervalech, zachovává mlčenlivost a respektuje práva klientů. Z dalších pracovních povinností vrchní sestry je, že dodržuje platné předpisy, právní nařízení při práci, je vzorem pro své podřízené spolupracovníky, může řešit konflikty a spory na pracovišti, aby podporovala interpersonální vztahy a kladnou atmosféru pracoviště. Vrchní sestra má za úkol také podporovat, oceňovat a motivovat své podřízené k práci, podílí se na zjišťování spokojenosti klientů s ošetrovatelskou péčí, zpracovává výsledky, sleduje vytiženost nelékařského personálu, nedostatky kvality a vytváří návrhy ke zlepšení a tak dále. Z technické práce se jedná o komunikaci s dodavatelem zdravotnického materiálu, evidence zdravotnického materiálu, manipulace s odpadem, zajišťuje servis a opravy zdravotnických přístrojů, navrhuje vybavení pracoviště a předkládá návrhy, kontroluje stav zásob zdravotnického materiálu, prostředků a léčiv. Z personální oblasti má, vrchní sestra, za úkol vypracovat, schvalovat a kontrolovat rozpisy služeb a pracovní náplň práce podřízených pracovníků, zajišťuje provoz oddělení, přijímá nebo propouští nelékařský zdravotnický personál, vypracovává změny pracovních úvazků (Malíková, s. 94-99; Plevová, 2012 s. 36, 40).

**Staniční sestra** je definována jako vedoucí ošetrovatelského týmu na daném oddělení. Většinou se jedná o sestru s dlouhou praxí, tudíž o zkušenou sestru na daném oddělení, s adekvátním vzděláním v oboru, a která má předpoklady k vedoucí funkci. Kompetence

staniční sestry zahrnují odborné a manažerské činnosti. Do odborných kompetencí zapadá například aplikace chemoterapie, edukace pacientů, hodnocení, ošetřování chronických ran a stomií atd. V manažerských kompetencích nalezneme ekonomické hospodaření při vedení oddělení, sestrám, které pracují bez odborného dohledu, zajišťuje dohled, školí nové pracovníky, hodnotí stávající pracovníky, či provádí audit na oddělení. Mezi další práce staniční sestry lze zařadit spolupráci na auditní činnosti v též zdravotnickém zařízení, dále se podílí na zvyšování kvality poskytnuté ošetrovatelské péče (Plevová, 2012, s. 41).

### 4.3 Organizace

Organizaci lze označit jako formální skupinu osob, která má za úkol koordinovat společné a cílené aktivity většího počtu lidí. V této koordinaci je výhodou, že větší oblast lidských aktivit se provozuje organizovaně. Základními rysy organizace je dělba práce, spolupráce, hierarchie, společný cíl a organizační kultura. Dle Zítkové „*organizační kultura představuje soustavu sdíleného přesvědčení, postojů, domněnek, norem a hodnot existujících v organizaci.*“ Za úspěšnou organizací stojí plnění funkcí organizační kultury, a to je posilování soudržnosti lidí při práci a komunikaci, posilování spokojenosti zaměstnanců na pracovišti, realizace skupinových a individuálních cílů, začleňování skupin i jednotlivců do organizace a v neposlední řadě udržovat funkční a efektivní organizační kulturu. K poskytování kvalitní péče klientům je zapotřebí efektivní vedení organizace. Vedoucí pracovníci musí pochopit různé stupně odpovědnosti a pravomocí u jednotlivých pracovníků a význam jejich spolupráce (Zítková, 2015, s. 31- 33, Plevová, 2012, s. 31).

Management lidských zdrojů je další termín, který je třeba objasnit. Lze říci, že se jedná o strategický a logicky promyšlený přístup k řízení lidí, kteří v organizaci pracují a přispívají k dosahování jejích cílů. Management lidských zdrojů se od manažerského řízení liší tím, že se zabývá komplexně zaměstnanci a poskytuje managementu příhodné nástroje k udržení kvality a produkce práce. Lidské zdroje přinášejí do organizace své znalosti, dovednosti, zkušenosti a ovlivňují tak hodnotu organizace. Management lidských zdrojů se skládá z několika oblastí a to: plánování lidských zdrojů, aby byl zaměstnanec ve správný čas na správném místě v rámci jeho kompetencí a pracovních úkolů. Dále je to získávání a výběr zaměstnanců, vzdělávání, řízení kariéry, odměňování, hodnocení, personální administrativa a mzdové účetnictví. (Zítková, 2015, s. 37, 38).

Jak již bylo zmíněno, stěžejní je komunikace a timemanagement, řízení a rozvržení času. Pracovník vedoucí funkce musí umět organizovat a to znamená, že se musí umět rozhodovat,

což dělá neustále, aniž by si to uvědomoval. Ať už to jsou situace z běžného pracovního dne, jako je rozpis služeb, či plán dovolených, tak je to například zavádění změn. Manažer musí být schopen vyhodnotit situaci a co nejlépe navrhované změny obhájit, provést jimi personál a správně reagovat na připomínky. Ze strany personálu je většinou nevěle ke změnám, protože mají strach z nejistoty, ze svého vlastního selhání či nezvládnutí přicházející změny (Hekelová, 2012, s. 36-38).

Do manažerského rozhodování určitě patří také reakce a přijímání rizika. Neměl by riskovat ani málo, ale ani příliš, a tím jít i svým podřízeným příkladem a vychovávat je tak.

Vedoucí pracovník také musí velmi často čelit problémům týkajícím se konfliktů, které vznikají mezi samotnými kolegy nebo mezi sestrami a klienty. Tady je třeba si uvědomit příčinu vzniklé situace, definovat důvod a najít nejlepší řešení (Hekelová, 2012, s. 22)

Nelze zapomenout zmínit krizové situace, které se často ve zdravotnictví nevyskytují, ale pokud ano, jsou ve většině případů významné. Vždy se týkají lidského zdraví nebo přímo lidského života. Velmi často je to terčem médií. Pro tyto případy je nutné mít jasně stanovený a formulovaný postup komunikace s veřejností a měl by být určen minimální počet lidí, kdo má právo o krizové situaci mluvit. Jedná se například o tiskového mluvčího, přednostu nebo vedoucí oddělení (Hekelová, 2012, s. 22, 23).

V práci manažera je také důležitá delegace. Vedoucí pracovník si musí uvědomit, že je nahraditelný a při jeho nepřítomnosti se může spolehnout na fungování organizace. Je to přenesení pravomoci a zodpovědnosti na podřízeného. Šetří to jeho čas, ale v první řadě rozvíjí podřízené. Do samotného delegování na zástupce manažera se nehrne jak manažer, tak ani jeho podřízení. Ze strany manažera je to například strach ze ztráty kontroly, nebo času vysvětlováním. Dalším důvodem je nepostradatelnost anebo špatná zkušenost z minulosti. Ze strany podřízeného se může jednat o nedostatek důvěry, motivace, strach z kritiky, neúspěchu a z nedostatku informací (Hekelová, 2012, s. 23, 24).

Dobrý manažer by měl umět využít pracovní síly v týmu, který má k dispozici. Pokud to organizační struktura dovolí, požadovat navýšení počtu pracovníků, využít specifické dovednosti, znalosti a potenciál jednotlivců a následně koordinovat činnosti svého týmu.

## **5 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI**

Nelékařský zdravotnický personál, ať jsou to například perioperační sestry, se setkává ve své práci s řadou náročných situací. V práci ve zdravotnictví je důležité, aby o sebe a své duševní zdraví uměl, a hlavně chtěl, personál pečovat. Na práci týmu pracovníků dohlíží nižší zdravotnický management, který by měl být schopný rozpoznat problémy a uměl je řešit nebo alespoň informoval personál o možnostech řešení. V nejlepším případě by měl být schopen je předvídat a předcházet jim. Všeobecně je známo, že ve zdravotnictví chybí nelékařský zdravotnický personál, to pak může mít za následek, že stávající personál je unavený, přepracovaný, nervózní a snižuje se pracovní nasazení a efektivita odvedené práce. K řešení zátěžových situací by byl vhodný nástroj supervize, který je poměrně nový v ČR, a bylo by vhodné ho dostat více do povědomí nelékařského zdravotnického personálu.

## PRŮZKUMNÁ ČÁST

Cílem průzkumné části diplomové práce je zodpovědět předem stanovené průzkumné otázky, které vycházejí z určených průzkumných cílů.

### Cíle vztahující se k průzkumné části

1. Zjistit, jaké zátěžové situace nejčastěji řeší nižší management.
2. Zjistit, jaké metody a možnosti má nižší management ve zdravotnickém zařízení pro řešení zátěžových situací.
3. Zjistit, zda nižší management ví, co je to metoda supervize a k čemu slouží.
4. Zpracovat informační materiál pro nižší management o možnostech využití týmové supervize na jejich pracovišti.

### Průzkumné otázky

1. Jaké zátěžové situace nejčastěji řeší nižší management?
2. Jaké metody a možnosti mají oslovené informantky pro řešení zátěžových situací?
3. Ví nižší management, co je to metoda supervize a k čemu slouží?

## 6 METODIKA

Tato diplomová práce je teoreticko – průzkumná. Pro sběr potřebných dat byl zvolen kvalitativní výzkum, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Walker (2013) ve své knize uvádí, že: „Kvalitativní výzkum získává poznatky z toho, co lidé píšou a říkají.“ Hendl (2016) ve své publikaci uvádí definici dle významného metodologa Creswella, která zní: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2016, s. 46, 101, Walker, 2013, s 49).

Pro kvalitativní výzkum je nejčastěji využíváný, již zmiňovaný, polostrukturovaný rozhovor. Je to nejčastěji využívaná technika sběru dat v rámci kvalitativního rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor tvoří témata a otázky, které průzkumník potřebuje probrat. V průběhu rozhovoru jsou však doplňovány dalšími tématy a otázkami, které jsou reakcí na průběh rozhovoru. Pro polostrukturovaný rozhovor je důležitá konverzace, která umožňuje

průzkumníkovi měnit pořadí otázek, rychlost a styl rozhovoru za účelem dostatečně nasycených odpovědí (Mišovič, 2019, s. 79 - 80).

## 6.1 Sběr dat

Sběr dat probíhal od března do dubna 2021 se souhlasem hlavní sestry nemocnice a náměstkyně pro vědu, výzkum a školství. Skupinu informantů, tvořily staniční sestry z různých oddělení téže nemocnice krajského typu v Jihočeském kraji. Celkem bylo osloveno 5 informantek. Termín rozhovoru byl předem telefonicky či písemně domluven. Informantkám byl předem poskytnut informovaný souhlas a podklady týkající se tématu rozhovoru (viz Příloha A a B).

Účastnicím byly poskytnuty informace písemnou i ústní formou o tématu diplomové práce a průběhu rozhovoru. Průzkumné šetření probíhalo s ústním a písemným souhlasem všech informantek. Také byly předem upozorněny na možnost odmítnutí účasti v průzkumném šetření a informovány o zachování anonymity.

Rozhovory probíhaly v pracovní době na jejich pracovišti, v klidu a soukromí, v uzavřené místnosti, a byly nahrávány na mobilní telefon v aplikaci Diktafon. Před rozhovorem měly informantky obavy, zda budou umět adekvátně odpovědět, zda jsou k tomu kompetentní, a zda mají dostatek zkušeností či znalostí. Informantky nebyly omezeny určeným časem na rozhovor. Nejkratší rozhovor trval 8 minut a nejdelší 32 minut. Délka jednotlivých rozhovorů je zobrazena v tabulce (viz Tabulka 1). Šetření bylo ukončeno při dosažení saturace dat.

Rozhovor obsahoval 13 základních otázek, které byly rozděleny do dvou částí. První část se skládala ze 4 otázek, zjišťujících základní identifikační údaje, například věk, praxi ve zdravotnictví a délku praxe v manažerské pozici, a 9 otázek zjišťujících zátěžové situace a jaké možnosti jejich řešení mají staniční sestry a otázky týkající se metody supervize (viz Příloha B). Dle vývoje rozhovoru byly otázky i dále rozvíjeny a byly použity i doplňující otázky, které nebyly předem připraveny. Během rozhovoru byly sepsány soukromé poznámky pro lepší pochopení a uchopení dat.

**Tabulka 1** - Délka rozhovoru

<b>Délka rozhovoru</b>	
<b>Informant 1</b>	8 minut
<b>Informant 2</b>	30 minut
<b>Informant 3</b>	8 minut
<b>Informant 4</b>	23 minut
<b>Informant 5</b>	32 minut

## **6.2 Charakteristika průzkumného vzorku**

Průzkumný vzorek byl vybírán dle předem stanovených podmínek. Jednalo se o informantky, které mají uzavřený pracovní poměr v nemocnici krajského typu na pozici staniční sestry. Podmínkou zařazení do průzkumného šetření byla hlavně ochota zapojit se a podělit se o své zkušenosti.

Body byly stanoveny z důvodu předpokládaného zodpovězení výzkumných otázek. Nemocnice krajského typu byla zvolena pro pravděpodobnostní zvýšený výskyt zátěžových situací a pro tendenci větší nemocnice hledat efektivnější řešení zátěžových situací i lepší finanční podpory. Pro staniční sestry je práce se svým týmem „denním chlebem“. Jsou vystavovány tlaku na řešení různých situací ze strany podřízených. V následující tabulce je uveden přehled základních informací o informantkách (viz Tabulka 2).

Všechny vybrané informantky (dále jen I a pořadové číslo 1 – 5) splnily podmínky. Pracují na plný pracovní úvazek v nemocnici krajského typu na pozici staniční sestry.

I1 – vystudovala střední školu, poté vystudovala dvouleté pomaturitní studium v oboru Porodní asistentka a v průběhu praxe si doplnila specializační studium – Perioperační péče. Po škole nastoupila jako porodní asistentka na oddělení gynekologie a poté na operační sál v nemocnici oblastního typu. Ve zdravotnictví pracuje 28 let. Nyní pracuje 5 let v řídicí funkci jako staniční sestra operačních sálů Gynekologicko – porodnického oddělení v nemocnici krajského typu. V současné době zodpovídá za 10 perioperačních sester, 3 sanitářky a 10 sanitářů.

I2 – vystudovala střední zdravotnickou školu a při své praxi získala akademický titul bakalář a později titul magistra v oboru specializačního vzdělávání – Ošetrovatelství v intenzivní péči. Pracovala nejdříve na oddělení neurologie, úrazovém oddělení a doposud již 20 let na oddělení ARO. Celkově ve zdravotnictví pracuje 25 let. V řídicí funkci pracuje 1,5 roku na oddělení ARO anestezie v nemocnici krajského typu a zodpovídá za 35 všeobecných sester specialistek.

I3 – získala akademický titul bakalář v oboru Všeobecná sestra. Po ukončení vzdělávání nastoupila v nemocnici krajského typu na oddělení ARO jako sestra k lůžku, při rodičovské dovolené pracovala v domácí péči. Po mateřské dovolené chvíli pracovala na úrazovém oddělení a pak se vrátila zpět na oddělení ARO. Ve zdravotnictví pracuje 15 let. V řídicí funkci na pozici staniční sestry pracuje 4 roky a ve svém týmu zodpovídá za 27 všeobecných sester, 2 sanitářky a 4 sanitáře.

I4 – po střední škole absolvovala pomaturitní studium a dále získala specializaci v chirurgii. Po celou dobu své 21leté praxe pracuje na oddělení traumatologie v nemocnici krajského typu a z toho 10 let v řídicí funkci na pozici staniční sestry. Na oddělení zodpovídá za 8 všeobecných sester, 2 zdravotnické asistenty a 2 rotující sanitářky, které má na starost v daný den, ale jinak spadají pod pravomoci vrchní sestry.

I5 – získala akademický titul magistra Ošetrovatelství v pediatrii. Po škole absolvovala kolečko po neonatologické stanici. Nastoupila na oddělení Intermediální péče – roaming, poté přešla na oddělení Intermediální péče, a nakonec na jednotku intenzivní a resuscitační péče. Nyní pracuje zpět na oddělení Intermediální péče – rooming a zde je v řídicí funkci ¾ roku. Celkově ve zdravotnictví pracuje 12 let. Na svém pracovišti zodpovídá za 10 všeobecných sester/ dětských sester/ porodních asistentek a 3 ambulantní dětské sestry. K dispozici má 5 sanitářek, ale spadají pod dohled jiné staniční sestry.

**Tabulka 2 - Charakteristika informantek**

	<b>Věk</b>	<b>Praxe ve zdravotnictví</b>	<b>Praxe v řídicí funkci</b>
<b>Informantka 1</b>	49 let	28 let	5 let
<b>Informantka 2</b>	46 let	25 let	1,5 roku
<b>Informantka 3</b>	39 let	15 let	4 roky
<b>Informantka 4</b>	46 let	21 let	10 let
<b>Informantka 5</b>	35 let	12 let	0,75 let

Průměrný věk všech oslovených informantek byl 43 let, jejich průměrná doba působení ve zdravotnictví činila 20,2 let a ve funkci staniční sestry 4,25 let.

## 7 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Tato kapitola je věnována interpretaci dat získaných z průzkumného šetření. Je zde popsán postup analýzy výsledků a následné členění do kategorií a kódů (viz Tabulka 3).

Po uskutečnění rozhovorů a získání audionahrávek byla provedena doslovná transkripce v programu Microsoft Word s pomocí mobilní aplikace Diktafon. Text byl ponechán v původním znění, takže nebyl převáděn do spisovného jazyka, pouze byla vynechána opakující se parazitní slova. Text byl následně vtištěn a metodou „tužka a papír“, byly rozpoznávány společné znaky jednotlivých odpovědí. (Hendl, 2016, s. 212, 407).

Získaná data, z provedených rozhovorů, byla podrobena kvalitativní analýze. Ke zpracování dat byla použita technika otevřeného kódování. Data související s průzkumným cílem byla zpracována do přehledné tabulky (viz Tabulka 3). Otevřené kódování je v publikaci Mišoviče (2019, s. 163) charakterizováno jako: „část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.“ Nejdříve je nutné pečlivě pročíst rozhovory a z výpovědi účastníků odvodit kódy, které se poté člení do kategorií. Je nutné se k textu vracet, aby kódování bylo co nejpřesnější. Z provedených rozhovorů bylo identifikováno 12 kódů, které byly následně rozděleny do 3 kategorií (viz Tabulka 3).

Pro analýzu výsledků v diplomové práci byl použit analytický postup Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA), který zahrnuje 6 kroků. Prvním krokem je reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu, čtení a opakované čtení, počáteční poznámky a komentáře, rozvíjení vznikajících témat, hledání souvislostí napříč tématy, analýza dalšího případu, hledání vzorců napříč případy (Koutná, Kostínková a Čermák, 2013, s. 16-21).

V následujících podkapitolách jsou představeny kategorie kódů, které byly získány během otevřeného kódování. Pro přehlednost byly vytvořeny obrázky jednotlivých kategorií s kódy, a jak spolu některé kategorie a kódy souvisí. Kategorie jsou znázorněny modrou barvou, kódy oranžovou barvou a šipky znázorňují vztahy mezi některými kategoriemi a kódy. Po uskutečnění rozhovorů a získání audionahrávek byla provedena doslovná transkripce v programu Microsoft Word s pomocí mobilní aplikace Diktafon. Text byl ponechán v původním znění, takže nebyl převáděn do spisovného jazyka, pouze byla vynechána opakující se parazitní slova. Text byl následně vtištěn a metodou „tužka a papír“, byly rozpoznávány společné znaky jednotlivých odpovědí. (Hendl, 2016, s. 212, 407).

Získaná data z provedených rozhovorů byla podrobena kvalitativní analýze. Ke zpracování dat byla použita technika otevřeného kódování. Data související s průzkumným cílem byla zpracována do přehledné tabulky (viz Tabulka 3). Otevřené kódování je v publikaci Mišoviče (2019, s. 163) charakterizováno jako: „část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.“ Nejdříve je nutné pečlivě pročíst rozhovory a z výpovědi účastníků odvodit kódy, které se poté člení do kategorií. Je nutné se k textu vracet, aby kódování bylo co nejpřesnější. Z provedených rozhovorů bylo identifikováno 12 kódů, které byly následně rozděleny do 3 kategorií (viz Tabulka 3).

Pro analýzu výsledků v diplomové práci byl použit analytický postup Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA), který zahrnuje 6 kroků. Prvním krokem je reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu, čtení a opakované čtení, počáteční poznámky a komentáře, rozvíjení vznikajících témat, hledání souvislostí napříč tématy, analýza dalšího případu, hledání vzorců napříč případy (Koutná, Kostínková a Čermák, 2013, s. 16-21).

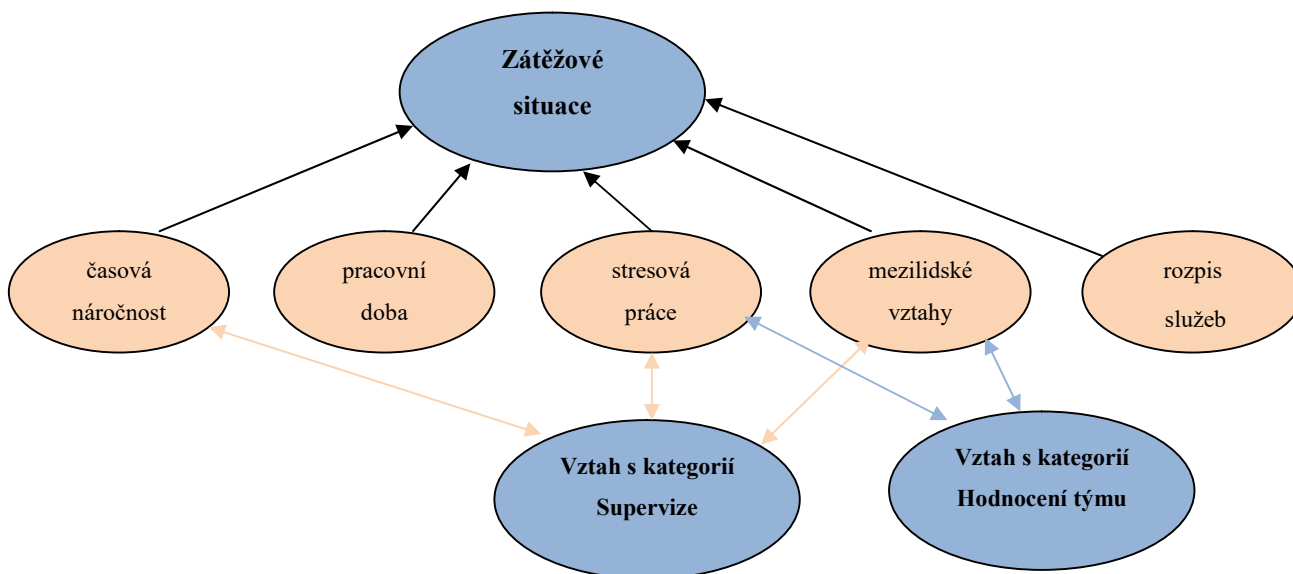
V následujících podkapitolách jsou představeny kategorie kódů, které byly získány během otevřeného kódování. Pro přehlednost byly vytvořeny obrázky jednotlivých kategorií s kódy, a jak spolu některé kategorie a kódy souvisí. Kategorie jsou znázorněny modrou barvou, kódy oranžovou barvou a šipky znázorňují vztahy mezi některými kategoriemi a kódy.

**Tabulka 3 - Kategorie a kódy**

<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>
<b>Zátěžové situace</b>	Časová náročnost
	Pracovní doba
	Mezilidské vztahy
	Stresová práce
	Rozpis služeb
<b>Hodnocení týmu</b>	Pochvala
	Finanční ohodnocení
	Komunikace
<b>Supervize</b>	Vymezení pojmu
	Řešení zátěžových situací
	Nemocniční supervizní tým
	Pomoc týmu

### **7.1 Kategorie 1 - Zátěžové situace**

Tato kategorie poskytuje odpovědi na průzkumnou otázku „Jaké zátěžové situace nejčastěji řeší nižší management?“ Odpovědi poukazují na to, jaké zátěžové situace se vyskytují na pracovišti v pracovním týmu a z jakého důvodu. Do této kategorie bylo zahrnuto 5 kódů – časová náročnost, pracovní doba, stresová práce, mezilidské vztahy a rozpis služeb (viz Obrázek 1). Kódy – časová náročnost, stresová práce a mezilidské vztahy souvisí s kategorií supervize na základě pomoci týmu a řešení zátěžových situací. Stresová práce a mezilidské vztahy zároveň souvisí s kategorií hodnocení týmu, protože je zde důležitá komunikace.



Obrázek 1 - Zátěžové situace

### 7.1.1 Časová náročnost

Z odpovědí na první otázku „*Jaké zátěžové situace nejčastěji řešíte na pracovišti?*“, většina informantek odpovídala, že je časově náročná náplň práce, vzhledem k jejich oddělení.

I1 uvedla, že by nejraději neřešila žádné situace, ale dle ní je časově náročná operační doba, kdy i v době epidemiologické situace mají operačních výkonů dostatek, a od toho se odvíjí i operační doba. I2 odpověděla, že pokud je operační program rozvržen na celý den, tak je ta práce pěkná, mají vše připravené a ví, co očekávat, ale mnohdy se to mění z důvodu akutních operací, a pak se časový harmonogram operací naruší a celý plán služby je rozhozený. I4 uvedla, že jejich oddělení řeší široké spektrum ošetrovatelských diagnóz, tudíž tu řeší například akutní příjmy, izolační lůžka pro pacienty s infekčními nemocemi jako například MRSA, operační pacienty, za současné epidemiologické situace mají na oddělení zřízena izolační lůžka s Covid – 19 pozitivními pacienty. Na oddělení je třeba tedy správná strukturalizace klientů a rozvržení času do celé pracovní směny, aby byla poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče všem klientům oddělení. Konkrétně uvedla: „...*takže plánování, jak ty lidi ošetřit, tak, aby nedocházelo k nějakému přenášení... takže strukturalizace těch pacientů, jak je rozdělit, jak se o ně postarat, abychom se postarali, co nejlip...*“ Další informantka, I5, se k otázce vyjádřila tak, že zhruba poslední 3 týdny je na jejich oddělení absolutní obsazení lůžek a i přes to, že někoho propustí, vzápětí přijímají další klienty. Proto na jejich pracovišti vládne napjatá situace, protože nelékařský zdravotnický personál je unavený. Někteří klienti vyžadují intenzivnější péči a přes pomoc, hospitalizovaných maminek, se základní

ošetřovatelskou péčí o klienty, mají mnoho práce i právě s maminkami, které musí edukovat a naučit některé úkony v péči o dítě. Proto je pak mnohdy náročné dobře čas rozložit. Poslední informantka 3 se nevyjádřila úplně jednoznačně, ale vzhledem k akutním příjmům musí být pracovní tým připraven jakkoliv reagovat na změny, které se dějí v pracovní době.

Ze všech odpovědí vyplývá, že časová náročnost, či tíseň se objevuje na všech uvedených pracovištích a postihuje nelékařský zdravotnický personál takřka každý den, a i staniční sestry ji musí umět pojmout a pracovat s ní.

### **7.1.2 Pracovní doba**

Kategorie pracovní doba se taktéž týká otázky „*Jaké zátěžové situace nejčastěji řešíte na pracovišti?*“. Většina informantek odpověděla, že je pro podřízené zatěžující pracovní doba z důvodu nedostatku personálu, a tím se jim hromadí přesčasové hodiny a jsou unaveni.

I1 hovořila hlavně o sanitářích, kteří mají hodně služeb a přesčasových hodin, a tím jsou vystaveni určité zátěži. I2 uváděla, že jejich pracovní doba je zatěžující, ač pracují v jednosměnném provozu. Pracovní dobu mají pouze na ranní směnu a 3x do měsíce slouží 24hodinovou směnu, po které mají jeden den volno. Přes týden tedy nemají čas na osobní záležitosti. I2 konkrétně uvedla: „*Takže doktory, s dětma záležitosti se musí řešit dovolenou nebo potvrzenkou, a to je docela zatěžující. Není takový to volno, jako když někde mají ty dvanáctky, že si udělají 3 dvanáctky a mají 3 dny volno. My tady jedeme v kuse od pondělí do pátku, pak třeba má i někdo sobotu, takže jede durch. Třeba 14 dní vstává brzo ráno.*“ Mimo jiné také uvedla, že některé všeobecné sestry byly přemístěny na oddělení Covid – 19, takže se snížil stav. Další informantka, v pořadí třetí, se vyjádřila k otázce tak, že často musí na poslední chvíli řešit pracovní směny, které nejsou obsazené, z důvodu nedostatku personálu a musí tak po svých podřízených vyžadovat přesčasové hodiny. I5 odpověděla, že vnímá u personálu jako pracovní zátěž a stres, hodně práce, ale nemá dostatek personálu na dostatečné pokrytí směn. Přesně uvedla: „*Mám slíbeno jakoby víc sester, ale oni nejsou ve zdravotnictví...že je jako hodně práce a málo personálu...*“.

Ze všech odpovědí vyplývá, že pracovní doba personálu je zatěžující jak z důvodu časové náročnosti ve službě, tak z nedostatku personálu a tím vznikajících přesčasových hodin. Personál je tak unavený a může být náchylný k psychickým nebo fyzickým projevům v důsledku zátěže.

### 7.1.3 Mezilidské vztahy

Další kategorií jsou uvedeny mezilidské vztahy. Informantky tak odpovídaly na otázku „*Jaké zátěžové situace nejčastěji řešíte na pracovišti?*“. Informantky se shodly, že zátěžové jsou konflikty v mezilidských vztazích, kde vážne komunikace mezi nelékařským zdravotnickým personálem.

Mezilidské vztahy musí řešit I1 nejčastěji mezi sanitáři, kde vážne komunikace, a nemají potřebu se na čemkoli domluvit. Dále jsou to konflikty mezi sestrami, občas i lékař a sestra. I2 se vyjádřila, že pokud si někdo stěžuje, tak je to zejména na druhou kolegyni, pak jsou to pracovní úkoly, kdy nebyla vykonaná práce, která vykonaná být měla, nebo je problém v komunikaci, pak jsou to stížnosti na lékaře, kteří chtějí práci mimo kompetence sester. I5 se ve své podstatě shoduje s odpovědí s předešlými informantkami. Na svém pracovišti musí řešit konflikty se sanitářkami, které nevykonávají svou náplň práce, tak jak by měly nebo jsou to konflikty mezi sestrami. Přesně se vyjádřila: „*prostě budeme k sobě upřímný, nikdy jako nemáte v tom týmu sestry, na který se můžete 100% spolehnout...*“

Poslední, I4 uvedla, že u nich na pracovišti se počet konfliktů snížil tím, že se změnila struktura oddělení. Po celý týden mají k dispozici jednoho ošetřujícího lékaře, na kterého se mohou obracet a sestry i klienti mají pocit stability.

Z odpovědí je patrné, že konflikty v mezilidských vztazích se vyskytují v různé míře na všech pracovištích a staniční sestry si s nimi musí umět poradit.

### 7.1.4 Stresová práce

„*Myslíte, že Vaši podřízení pracují ve stresu nebo jsou pod tlakem?*“. Odpovědi se týkaly náplně práce oddělení, to znamená, že stresující jsou hlavně akutní příjmy pacientů nebo náročnější složení operačního plánu.

Odpověď I1 zněla, že při epidemiologické situaci se počet operačních výkonů nezměnil, malých výkonů a císařských řezů je stále stejně, protože to nelze nijak ovlivnit. Jelikož je gynekologicko – porodnická klinika i onkologickým centrem, operují se zde onkologické pacientky. Dříve se operační výkony rovnoměrně rozvrstvily, ale v současné chvíli má informantka pocit, že operují převážně onkologické pacientky. Dle I2 se na oddělení vyskytují takové situace, které se změnil „z minuty na minutu“. Do plánovaného operačního programu může zasáhnout akutní operace. Pacient je přivezen ve špatném zdravotním stavu a to informantka udává jako stresující. Další odpověď od I3 zněla, že plánované příjmy na oddělení víceméně nemají a veškerou práci tak dělají pod tlakem, protože nikdy neví, kdy

budou řešit akutní příjem pacienta a v jakém zdravotním stavu bude. Informantka s číslem 4 se shoduje s předchozími odpověďmi. Nelékařský zdravotnický personál na oddělení pracuje pod stresem, protože mají nečekané příjmy, personál tak řeší uložení pacientů, řeší se zde strukturalizace klientů, kdy je část v izolaci kvůli infekčnímu onemocnění (ať je to MRSA, Covid – 19), pak jsou to například pacienti po operačních výkonech. Poslední informantka uvedla, že stresující pro ni a její podřízené není složení pacientů, mají na oddělení, ve většině případů, stabilní miminka. Není to oddělení zaměřené na intenzivní péči, ale jsou smířeny, že s předčasně narozenými dětmi je hodně práce a trvá delší dobu.

Oddělení, které vedou informantky – staniční sestry, jsou náročná oddělení. Informantky 1,2,3,4 se shodují v odpovědích, že stresující je náplň vykonávané práce na oddělení a složení pacientů.

### **7.1.5 Rozpis služeb**

Kód – rozpis služeb byl rozpoznán z odpovědi na otázku „*Jak řešíte zátěžové situace a jakým způsobem se jim snažíte předejít?*“. Z odpovědi vyplývá, že řešení či předcházení je pro staniční sestry rozpis a plánování služeb, aby nelékařský zdravotnický personál vždy dopředu věděl, na jakém stanovišti bude následující dny, aby nedocházelo ke stereotypu a na pracovišti vládla harmonie.

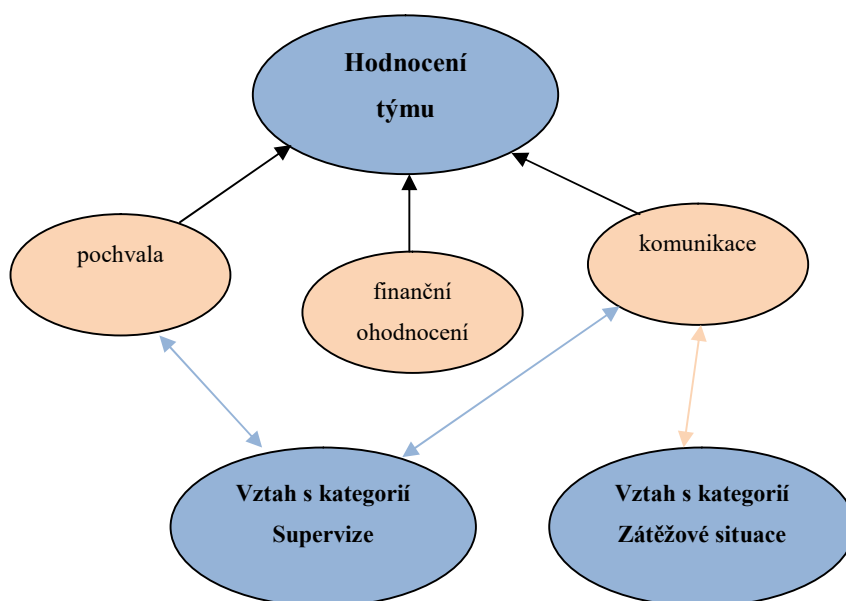
I1 se snaží předcházet sporům tím, že konkrétně směny sánitářů rozepisuje tak, aby bylo jasné dané, na kterém stanovišti budou vykonávat své pracovní povinnosti. I2 se vyjádřila, že je její snahou rozepisovat služby na operačních sálech tak, aby nedocházelo k určitému zacyklení pracovníků. Služby rozděluje systematicky podle náročnosti operačních výkonů na daném operačním sále, nebo poskládat směny tak, aby docházelo k obměně týmu, sestra – lékař. I3 odpověděla, že se snaží poskládat tým pracovníků tak, aby lidi na směně spolu vycházeli, a aby se jim dobře pracovalo. Pokud si směny sednou a zvyknou si na sebe, tak je nechávají nějakou dobu společně, ale pokud někdo přijde, protože po čase se projeví „ponorka“ nebo vznikne právě nějaký problém, snaží se o změnu v pracovních týmech a udělat přesuny. Přesně se vyjádřila takto: „...*tak po nějakým čase se stane, že už potřebuje změnu, tak to řešíme individuálně, buď nějakým rozhovorem, to se třeba dá ještě nějakou chvíli vydržet nebo přesunem v těch směnách nebo i nějakou změnou, že ten člověk na chvíli odejde na anestezii uspávat na sály, a tím vypadne tady z toho kolektivu a z toho stereotypu.*“ Informantka 4 uvedla jako předcházení zátěžové situace rozplánování všeho, co jde. Poslední I5 by k předcházení nebo i řešení zátěžové situace potřebovala tři sestry na

směnu namísto dvou, aby lépe poskládala služby a nedocházelo k hromadění přesčasových hodin a časové tísně při výkonu profese.

Z odpovědi poslední informantky vyplývá, že kód rozpis služeb úzce souvisí s kódy časová náročnost a pracovní doba. Pokud staniční sestra nemá k dispozici dostatek zdravotnického personálu, může docházet k přetížení a únavě. Ostatní informantky se shodly na odpovědi, že pokud jsou dobře rozepsané služby nelékařského zdravotnického personálu, je větší pravděpodobnost předcházení a řešení určitých zátěžových situací.

## 7.2 Kategorie 2 - Hodnocení týmu

V této kategorii jsou poskytnuty odpovědi na průzkumnou otázku „*Jaké metody a možnosti mají oslovené informantky pro řešení zátěžových situací?*“. Tato kategorie úzce souvisí s kategorií 1 - Zátěžové situace. Souvisí spolu na základě toho, že alespoň jednou z možností hodnocení týmu, lze motivovat tým k práci a alespoň z části předcházet zátěžovým situacím. Do této kategorie byly zahrnuty 3 kódy – pochvala, finanční ohodnocení a komunikace (viz Obrázek 2). Kódy pochvala a komunikace mají vztah s kategorií – Supervize na základě řešení zátěžových situací a pomoci týmu. Kód komunikace je ve vztahu i s kategorií – Zátěžové situace, konkrétně s kódy stresová práce a mezilidské vztahy, kde je komunikace velice důležitá.



Obrázek 2 - Hodnocení týmu

### **7.2.1 Pochvala**

Odpovědi týkající se kódu pochvala vycházely z otázky, „*Jakým způsobem provádíte u pracovní skupiny kontrolu, podporu, ocenění?*“. Z jednotlivých odpovědí informantek 1,4,5 vyplývá, že jedinou volbou podpory či ocenění pracovního týmu je pochvala.

Odpověď I1 zněla, že jsou rádi, pokud pochvala přijde z řad lékařů, je to jako zpětná vazba dobře vykonané práce nelékařského zdravotnického personálu. Mimo jiné je ale chválí sama, i pokud vymyslí nějaký postup k ulehčení práce. I4 uvedla, že podporu pracovního týmu provádí víceméně slovní pochvalou. I5 chybělo chválení od staniční sestry, když byla v podřízené pozici. Spousta úkonů se brala automaticky, takže teď se snaží chválit, pokud vidí, že pro její personál byl zrovna ten den hektický a náročný. Nebo jim alespoň poděkuje za odvedenou práci. Nakonec ještě dodala, že co člověk může udělat, je právě pochvala.

Odpověď I2 a 3 se lišila a vyjadřovaly se spíše ke kontrole a podpoře. I2 odpovídala, že jako formu podpory se snaží vycházet vstříc při dovolených, pokud si potřebují zařídit lékaře, nebo potřebují odejít dříve a zařídit si osobní záležitosti. Dále odpovídala, že pokud je nějaký problém, tak provádí kontrolu dané osoby při práci. Jde s ní pracovat a všímá si, jakým způsobem pracuje a snaží se ji během uspávání nestresovat. Po skončení operace si udělají reflexi práce, a pak už záleží na dané osobě, jak kritiku přijme, a jak se k tomu postaví. Další podporou uvádí zajištění všech potřebných pomůcek k výkonu práce, aby neměli potřebu nějakého nedostatku pomůcek a dále rozepisovat služby dle náročnosti operačních sálů, aby nedocházelo k zacyklení a stereotypu.

I3 provádí kontrolu pracovního týmu tím, že kontroluje ošetrovatelskou dokumentaci a zjišťuje, jakým způsobem zapisují ošetrovatelskou péči. Jinak ještě dodala, že všichni vědí, že se na ni mohou obrátit, pokud se vyskytne problém.

### **7.2.2 Finanční ohodnocení**

Všechny informantky se vyjadřovaly k finančnímu ohodnocení na základě podpory a ocenění. Staniční sestry nedisponují finančním fondem a nemají pravomoc k tomu, aby finanční odměny rozdávaly. Pokud se nějaké finanční odměny naskytnou, tak jsou poskytovány vedením nemocnice a všichni zaměstnanci jsou odměněni stejnou měrou.

I2 začala odpověď tím, že finanční ohodnocení bylo za epidemiologické situace Covid – 19, ale sama žádný fond nemá, a když dostávají odměny, tak všichni stejně. Nemůže ohodnotit někoho, že byl třeba šikovnější a pracovitější. I3 se zmínila, že nemá pravomoc udělit finanční ohodnocení. Další podobnou odpovědí byla odpověď od I4, která uvedla, že finanční

odměny byly dříve a teď občas dostanou skrze Covid – 19, ale nejsou to odměny, kterými by mohla sama disponovat. Informantku 5 mrzelo, že finanční odměny nejsou možné, protože by mohla ohodnotit pracovníky, kterým na jejich práci opravdu záleží, vykonávají maximum a přicházejí s nápady. Naopak by mohla potrestat personál, který dělá problémy nebo udělá pouze to, co musí a o nic jiného se nezajímá

Kód finanční ohodnocení se nevyskytl v jediné odpovědi, a to u informatiky 1.

### **7.2.3 Komunikace**

Posledním kódem, který byl vyvozen z odpovědi na otázku „*Jak řešíte zátěžové situace ve svém týmu a jakým způsobem se jim snažíte předejít?*“ je kód komunikace. Komunikaci provádějí staniční sestry v rámci provozní schůze, rozhovoru či reflexe s členem týmu.

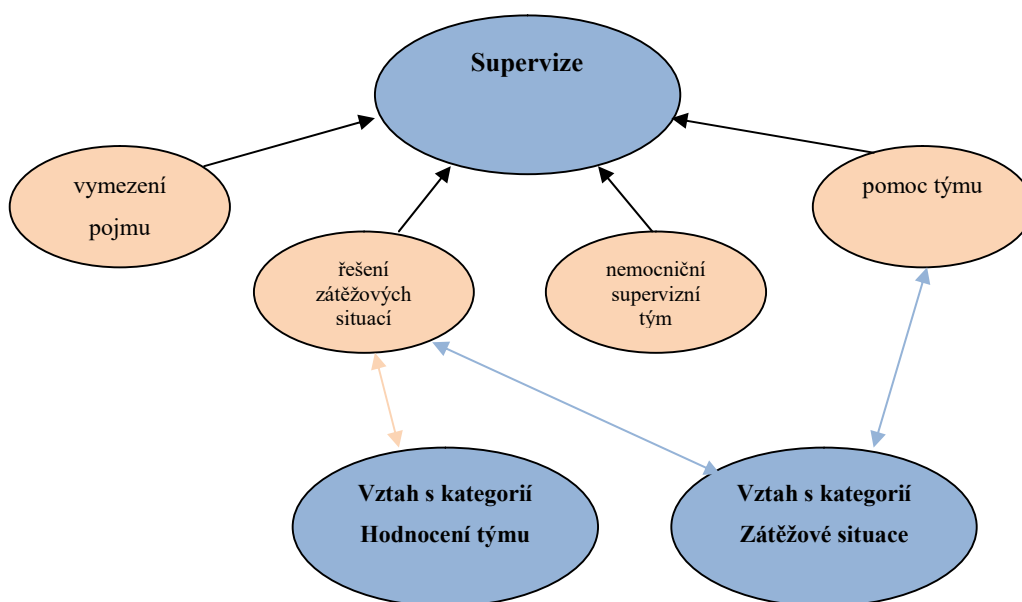
Odpověď I2 na otázku zněla, že má se svým týmem jednou za měsíc provozní schůzi, kde se snaží všechno říct, ale vzhledem k epidemiologické situaci jsou zrušeny. I3 uvedla jako podporu to, že se snaží se svými pracovníky trávit nějaký čas. Ve volném čase, nejčastěji ráno, si s nimi sedne, dají si kávu a snaží se zjistit, jak se mají nebo co zrovna řeší v osobním životě. Z odpovědi I4 vyznělo, že v rámci kontroly, se snaží chyby řešit individuálně rozhovorem, aby se jim předcházelo. I5 se taktéž vyjádřila, že po kontrole nebo stížnosti, řeší problém s daným jedincem rozhovorem a domluvou.

I1 se vyjadřovala ke komunikaci pouze v souladu s řešením zátěžových situací se sanitáři, kde komunikace vážne.

### **7.3 Kategorie 3 – Supervize**

Do této kategorie byly zařazeny odpovědi na průzkumnou otázku „*Ví nižší management, co je to metoda supervize a k čemu slouží?*“

Z těchto odpovědí byly vyvozeny 4 kódy –vymezení pojmu, řešení zátěžových situací, nemocniční supervizní tým a pomoc týmu (viz Obrázek 3). Tato kategorie souvisí s kódem komunikace z kategorie Hodnocení týmu, protože v supervizi je komunikace základním kamenem řešení zátěžových situací a s kódy stresová práce, mezilidské vztahy a časová náročnost, které supervize může řešit.



**Obrázek 3 - Supervize**

### 7.3.1 Vymezení pojmu

Na otázku „*Víte co je to supervize? Zúčastnila jste se nějaké formy supervize? Víte, k čemu by byla dobrá?*“, informantky odpovídaly, co si myslí, že znamená pojem supervize, a tak byl zvolen kód vymezení pojmu. Všechny, alespoň z části, měly představu, o co se jedná.

První informantka byla velice stručná a dál svou odpověď nerozváděla. Odpověděla, že supervize je dohled. Druhá v pořadí se vyjádřila k pojmu supervize jako k systémové podpoře zaměstnanců prostřednictvím nějaké osoby, která se nazývá supervizor. I3 měla nejpřesnější představu o supervizi. Dle ní by přišel člověk, který by nějakým způsobem uměl vést rozhovor a uměl by odhalit nějaké chyby a trápení v týmu. Nebyl by to vyloženě psychoterapeut, který pracuje s jednotlivcem, ale uměl by tým navést na řešení, a byl by jako podpora, kdesi člověk může ventilovat své problémy, co ho trápí v týmu. Ještě se zmínila o tom, že několikrát apelovali na vedení, že by chtěli podstoupit metodu supervize, ale není k tomu vůle. Další informantka stručně uvedla, že je to podpora týmu. Poslední informantka vymezuje supervizi jako zpětné hodnocení situace.

Supervize se zúčastnila pouze jedna informantka, ostatní se nezúčastnily. I5 uvedla, že občas na oddělení využívají případovou supervizi, kterou s nimi vede nemocniční psycholog. Zpětně projednávají individuální případ. Hodnotí, jak se cítily, jak na ně případ působil a proč.

### 7.3.2 Řešení zátěžových situací

Na 11 otázku v pořadí, „*Myslíte, že by supervize byla vhodná k řešení zátěžových situací u Vás na pracovišti?*“, odpověděly tři informantky, že ano, jedna odpověděla, že ne a poslední informantka se vyjádřila neurčitě. Spíše mluvila o případové supervizi, kterou občas na oddělení využívají.

První informantka jednoznačně odpověděla, že by supervize k řešení zátěžových situací na jejím pracovišti nebyla vhodná. I2 se vyjádřila, že by vhodná supervize byla ke stmelení kolektivu a nelezání problému. Pak si myslí, že by se někteří mohli zamyslet sami nad sebou a zjistit, že opravdový problém není třeba v práci, ale je osobního charakteru, jen ho promítají do mezilidských vztahů na pracovišti. Dále uvádí, že většinou však lidé řeší lidi okolo sebe, než sami sebe a ti, co by to nejvíce potřebovali, by supervizi odmítli i z důvodu toho, že by se nechtěli otevřít cizímu člověku/ supervizorovi. I přes to doufá, že by někteří jednotlivci došli k uvědomění a pracovní problémy by nechávali v práci a zase osobní problémy doma. V průběhu odpovědi dodala: „*Ted' nastoupila nová generace sestřiček, který jsou trošku víc asertivní, nenechají si nic moc říct, nejsou tak pokorný, jsou ale šikovný přes ruce, chytrý, to jo, ale chybí tam ta pokora a bojuje tam mezigenerační vyváženost. Máme tu sestřičky od 60 do 25 let, je to strašně velkej rozdíl a setkáváme se s tím nepochopením.*“

Další informantka si myslí, že by supervize byla vhodná k řešení zátěžových situací u nich na pracovišti už z toho důvodu, že je to stresová práce a z povahy klientů, kterým poskytují ošetrovatelskou péči. Myslí si, že by si její tým takovou formu pomoci zasloužil. I4 řekla, že nemůže tvrdit, že by supervize nepomohla, protože by to jinak ztrácelo smysl. Vyjádřila se, že je supervize vhodná k řešení každého problému, ale nedokáže si představit, jak by to mělo probíhat v praxi, pokud některý zdravotnický personál bude sloužit na oddělení. Poslední informantka mluvila spíše o případové supervizi, kterou občas využívají k řešení složitých případů na pracovišti. Sama uvedla, že ji tato forma nic nepřináší a raději to konzultuje v kolektivu, o kterém ví, že jim může věřit.

### 7.3.3 Nemocniční supervizní tým

Na předposlední otázku rozhovoru „*Funguje ve Vaší nemocnici supervizní tým? Pokud ano, využíváte jej? Pokud ne, myslíte, že byste ho využila u Vás na pracovišti?*“, vyplynula jednoznačná odpověď od většiny informantek, že supervizní tým v nemocnici nefunguje.

I1 si myslí, že supervizní tým v nemocnici nefunguje, nebo o tom alespoň neví. I2 a 3 prostě odpověděly, že nefunguje. I4 odpověděla, že supervizní tým v nemocnici nemají a řešení

situací si musí každé oddělení samo. I5 se vyjádřila, že neví, jestli je v nemocnici supervizní tým, ale v rámci oddělení si domlouvají schůzku s psychologem.

#### **7.3.4 Pomoc týmu**

Kód pomoc týmu vyplynul z poslední otázky stanovené pro polostrukturovaný rozhovor. Otázka zněla: „*Myslíte, že by Vaši podřízení uvítali pomoc metodou supervize?*“. Dvě informantky neumí posoudit, zda by jejich podřízení pomoc uvítali, další dvě uvedly, že by souhlasily a jedna informanta uvedla, že by takovou pomoc neuvítali.

I1 se vyjádřila ve smyslu, že neví a nedokáže to posoudit. I4 řekla, že to neumí říct, jestli by to chtěl někdo využít, protože si problémy zatím dokážou vyřešit sami mezi sebou. Mají vytvořenou i skupinu na sociálních sítích, kde si mohou své poznatky napsat a kdo má zájem, tak reaguje. Od té doby, co mají založenou tuto skupinu, jim to prý velice pomohlo. I3 si myslí, že by to podřízení určitě uvítali. Řekla: „*...i třeba právě kolegyně, který patří pod ARO, ale je to naše odnož...*“. I5 řekla, že se právě ptala svých podřízených sester, které jsou ve službě a ty řekly, by supervizi nevyužily. Raději by šly společně na kávu a popovídaly o tom. Informantka také uvedla, že by šly pouze ty, co si mezi sebou věří, v rámci jejich přátelství.

## 8 DISKUZE

Diplomová práce je zaměřena na řešení zátěžových situací nižším zdravotnickým managementem konkrétně staničními sestrami. To znamená, jaké zátěžové situace se vyskytují na pracovišti a jaké má nižší zdravotnický management možnosti řešení. Dále se zaměřuje na to, zda staniční sestry ví, co je to supervize a k čemu by mohla být dobrá v jejich týmu. Získaná data v této diskuzi byla shromážděna pomocí polostrukturovaného rozhovoru 5 informantek z nemocnice krajského typu v jihočeském kraji. Téma supervize pohledem managementu nebo jemu podobná nebyla dohledána, ale je zpracována řada závěrečných prací, týkajících se zátěžových situací nelékařského zdravotnického personálu. Například práce od Marešové (2020) na téma „Stresové zatížení perioperačních sester“, která je zpracována kvalitativní metodou formou polostrukturovaných rozhovorů. Cílem práce bylo odhalit, jaká jsou specifika stresového zatížení perioperačních sester. Výsledky, které ukazovaly, že stresujícím faktorem pro perioperační sestry je časová tíseň při práci, zodpovědnost, nutnost dlouhodobé koncentrace a nervozita před náročným výkonem. Polovina perioperačních sester vnímá přesčasovou práci jako stresující a polovina jako běžnou součást profese. Dále se Marešová (2020) ve své práci dotazovala na osobní pocity ocenění své práce z hlediska finančního a ze strany nadřízeného. Šest z deseti dotazovaných sester se cítilo být dobře ohodnoceno, zatímco ze strany vedoucí manažerky se necítily oceněna žádná. Dle výsledků je stresující pro většinu sester vztah s kolegyní nebo s lékaři.

Dále jsou prezentovány výsledky vyhodnocené z jednotlivých průzkumných otázek.

### **Průzkumná otázka č. 1: Jaké zátěžové situace nejčastěji řeší nižší management?**

K zodpovězení této průzkumné otázky byly stanoveny 2 otázky v polostrukturovaném rozhovoru. První se zabývala tím, jaké zátěžové situace nejčastěji řeší staniční sestra na pracovišti a druhá otázka se zajímala, zda podřízení pracují ve stresu nebo jsou pod tlakem.

Práce nelékařského zdravotnického personálu je náročná jak z fyzického, tak psychického hlediska. Staniční sestry, které na otázky odpovídaly, si tento úděl uvědomují a jsou si vědomy, že jejich oddělení a práce na něm je stresující, tudíž je jejich personál vystaven určitým nárokům, kterým je třeba čelit. Pak záleží i na postoji staničních sester, jak budou s pracovním týmem jednat, předcházet a řešit vzniklé problémy, nebo jak se jako vedoucí pracovníci budou starat o jejich duševní pohodu. Na otázky zjišťující nejčastější zátěžové situace na pracovišti, a zda podřízení pracují pod tlakem, odpovídaly staniční sestry podle mých předpokladů. Dle jednotlivých oddělení a náplně práce se dalo předpokládat, že

nelékařský zdravotnický personál pracuje ve stresu a pod tlakem. Musí čelit neodkladnému řešení situací při akutním příjmu, jako například strukturalizace pacientů, uložení, řešení náhlého zvratu zdravotního stavu atd. Proto nejčastější zátěžovou situací byla uvedena časová náročnost, protože rozvržení pracovní směny se náhle změní a personál je nucen improvizovat, být ve střehu. Další zátěžovou situací byly uvedeny mezilidské vztahy, o které je důležité v týmu pečovat, už jen z důvodu přívětivé atmosféry na pracovišti, tak klidné a efektivní spolupráce. V mezilidských vztazích se objevuje problém komunikace nebo konflikty mezi sestrami nebo konflikt sestry a lékař a neposlední řadě mezi sanitáři. Staniční sestry shodly na další zátěžové situaci, ovlivňující jejich práci, a to pracovní doba, kde jsou problémem hromadící se přesčasové hodiny, které jsou nuceny vykonávat z důvodu nedostatku personálu.

Výsledky mého průzkumného šetření jsem porovnála s výsledky Marešové (2020) a i přes odlišnost výzkumného vzorku, došlo ke zjištění, že se výsledky takřka shodují v tom, jaké zátěžové situace řeší staniční sestry na pracovištích, a jaké zátěžové situace vnímají perioperační sestry. Zátěžové situace jako časová náročnost/ tíseň a přesčasové hodiny jsou pro obě strany stresující.

**Průzkumná otázka č. 2:** Jaké metody a možnosti mají oslovené informantky pro řešení zátěžových situací?

Odpovědi na tuto otázku byly získány ze dvou otázek, které se týkaly řešení zátěžových situací staničními sestrami v týmu a jakým způsobem se jim snaží předcházet a dále jakým způsobem provádí u pracovní skupiny kontrolu, podporu nebo ocenění.

Z výsledků oslovených informantek vyplynulo, že zátěžové situace řeší hlavně komunikací, kdy se snaží individuálně domluvit s jednotlivci na případném řešení situace, aby nedocházelo ke konfliktům a nedorozumění. Jedinou možnou volbou ocenění, 3 informantky, uvedly pochvalu. Jedna informantka se dokonce vyjádřila, že jí chyběla pochvala od staniční sestry, když byla na pozici řadové sestry. Jako další možnost podpory a ocenění vnímá jedna z informantek to, že vychází svým podřízeným vstříc při dovolených, zařizování osobních záležitostí nebo vyřízení kontrol u lékařů. Což si myslím, že je z její strany velice velkorysá a není to pravidlem. Vždy záleží na charakteru člověka a také je velice důležitá komunikace mezi lidmi. Bohužel, finanční ohodnocení, které by ocenily všechny sestry, není v kompetencích staniční sestry, i když by rády s nějakým fondem disponovaly.

Když srovnám mé výsledky s výsledky Marešové (2020), i za předpokladu rozdílností, tak jsem překvapena, že většina dotazovaných sester se cítí dobře ohodnoceno z hlediska finančního, ale ocenění od vedoucí manažerky se jim nedostává.

Finance ve zdravotnictví je diskutované téma. Obecně zdravotnický personál si připadá v ČR nedocenený, proto dochází k migraci zdravotnického personálu do zahraničí za vizí lepších platových podmínek, pracovní prestiže a tím pádem i lepší životní úrovně.

**Průzkumná otázka 3:** Ví nižší management, co je to metoda supervize a k čemu slouží?

Byla jsem mile překvapena, že všechny informantky měly alespoň malé povědomí o tom, co supervize je a k čemu může sloužit. Předpokládala jsem, že pro ně bude metoda supervize velkou neznámou nebo supervizi zamění s jiným pojmem, například auditem nebo koučinkem. Malíková (2020) ve své knize uvádí mýty, které zkreslují podstatu supervize a dochází neprávem k negativnímu postoji a nedůvěře. Například záměna s pojmem audit, pracovníci předstírají vysokou efektivitu a kvalitu práce a nesoustředí se tak na skutečné problémy na pracovišti. Další mýtus je ten, že supervize je vhodná pouze pro problémové pracoviště (Malíková, 2020, s. 139). Podle později získaných informací, bylo zjištěno, že 2 informantky vůbec nevěděly, co supervize znamená, a před schůzkou si dohledaly význam z internetových zdrojů. Jedna informantka se zúčastnila případové formy supervize, takže věděla, co supervize je a jakým způsobem probíhá, další z informantek měla informace od kolegyně, která vypracovávala závěrečnou práci související s tématem supervize, a na vše se jí doptala. Poslední informantka o supervizi něco věděla z přednášky, která proběhla na konferenci.

Dle těchto výsledků by se dalo říct, že pojem supervize není ve zdravotnictví známý, a měl by se dostat blíže do povědomí nelékařského zdravotnického personálu. Myslím, že nižší management by se měl vzdělávat v možnostech řešení zátěžových situací a předávat tyto informace svým podřízeným. Jak uvádí Malíková (2020), mýty zkreslují postatu supervize, proto by bylo příhodné supervizi protěžovat za účelem zlepšení image. Myslím, že metoda supervize má svůj potenciál v řešení zátěžových situací a byla by škoda ho nevyužít.

## 9 ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem „Supervize pohledem managementu“ je teoreticko – průzkumná. Zabývá se problematikou řešení zátěžových situací nižším zdravotnickým managementem, konkrétně staničními sestrami, jaké mají možnosti řešení zátěžových situací a zda ví, co je to metoda supervize. Práce byla rozdělena na teoretickou a průzkumnou část.

V teoretické části je z literatury vypracován souhrn poznatků, které se týkají dané problematiky tématu závěrečné práce. První kapitola je věnována vymezení pojmu supervize, představení jeho forem, funkcí a objasnění pojmů supervizor a supervidovaný. Další kapitola popisuje zátěžové situace, které se mohou vyskytovat v pracovním týmu, a které je možné řešit právě metodou supervize. Poslední kapitola se zabývala přiblížením fungování a práce managementu a vysvětlení termínu staniční sestra.

Zátěžové situace jsou přirozenou součástí pracovního týmu ve zdravotnictví. K řešení zátěžových situací je vhodný nástroj supervize, který je poměrně nový a bohužel i mnohdy špatně chápaný nebo zaměňovaný s pojmem koučink. Do zdravotnictví se postupně začleňuje, seznamuje pracovníky a učí je s ním pracovat. Supervize je využívána hlavně v pomáhajících profesích, jako je sociální sféra, zdravotnictví atd. Ve zdravotnictví se využívá k řešení případů na pracovišti, ke zkvalitňování prováděné ošetrovatelské péče nebo k řešení interpersonálních vztahů, ujasnění rolí a prevenci syndromu vyhoření. Supervize má svá určitá pravidla, ale je flexibilní, a tudíž má velkou škálu využití. Záleží na supervizorovi a supervidovaném, jak tento nástroj uchopí a jak s ním budou zacházet. Supervizor je odpovědný za dodržování zásad, pravidel a etických norem při poskytování supervize. Musí mít dostatečné vzdělání, znalosti a zkušenosti, aby byl schopný korigovat supervizi tak, aby byla prospěšná.

Průzkumná část závěrečné práce interpretuje výsledky z kvalitativní šetření. Sběr dat byl proveden formou polostrukturovaného rozhovoru v nemocnici krajského typu v Jihočeském kraji. Za účelem provedení rozhovoru byl vytvořen dokument, který obsahoval krátkou charakteristiku mé osoby, diplomové práce a průzkumného šetření. Nedílnou součástí byl také informovaný souhlas zajišťující anonymitu oslovených informantek. K provedení rozhovorů byl vytvořen seznam základních otázek, které byly v průběhu rozhovoru dále rozvinuty. Rozhovory byly za souhlasu informantek, nahrávány na mobilní telefon a následně byla provedena doslovná transkripce do elektronické podoby. Dále následovala analýza a vyhodnocení získaných dat.

Dle výsledků lze konstatovat, že metoda supervize zatím nemá zastání u nižšího managementu ani u nelékařského zdravotnického personálu. Myslím si, že staniční sestry nejsou dostatečně informovány o této metodě, a proto své vědomosti nemohou šířit dál mezi podřízené. Zaměstnanci tak mohou projevovat nezájem o tento typ podpory z nedostatku informací. Také bych se zmínila o managementu nemocnice, který by měl mít snahu se o své zaměstnance starat a poskytnout jim nejlepší možnou péči z hlediska psychického zdraví za účelem efektivní a kvalitně odvedené práce. Dle mého názoru by bylo vhodné dělat

Výstupem k diplomové práci byla vypracována informační brožura pro nižší zdravotnický management o možnostech využití týmové supervize. V informační brožuře je stručně uvedeno, co je to supervize, jak probíhá, dále je zde uveden souhrn informací proč využít týmovou supervizi a k čemu slouží. Na závěr brožury je zde vytvořený obrázek k představě, jak postupovat při rozhodnutí k volbě řešení zátěžových situací týmovou supervizí (viz Příloha C).

## 10 POUŽITÁ LITERATURA

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2015. ISBN 80-7178-735-3.

BAŠTECKÁ, Bohumila, Veronika Čermáková, Milan Kinkor. *Týmová supervize*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0940-9

FONTANA, David, Alice Zavadilová. *Stres v práci a v životě*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1033-7

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

HAVRDOVÁ, Zuzana, Martin Hajný et. al. *Praktická supervize*. 1.vyd. Praha: Galén. 2008. ISBN 978-80-7262-532-1

HAWKINS, Peter, Robin Shohet. *Supervize v pomáhajících profesích*. 2. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0987-4.

HEKELOVÁ Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-8095-5.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9791-5

KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana, Ivo Čermák, *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2

KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelné nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9107-9

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 2. vyd. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1638-6.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MAREŠOVÁ, D. *Stresové zatížení perioperačních sester*. Pardubice, 2020. Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí diplomové práce Mgr. Jana Wichsová, Ph.D.

- MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. 1. vyd. Praha: SLON, 2019. ISBN 978-80-7419-285-2
- PEŠEK, Roman, Jan Praško. *Syndrom vyhoření - jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: Pasparta Publishing s.r.o., 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
- PLAMÍNEK, Jiří. *Sebezpoznání, sebeřízení a stres*. 3. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-8474-8
- PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9964-3.
- ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Náplň a struktura supervizního výcviku*. Supervize.eu [online]. ©2015 [cit. 2020-07-10]. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/wp-content/uploads/2015/06/Struktura-vycviku-2015.pdf>
- ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Vstupní kritéria výcviku ČIS*. Supervize.eu [online]. ©2015 [cit. 2020-07-10]. Supervize.eu Dostupné z: [https://www.supervize.eu/wp-content/uploads/2011/10/Vycvik\\_vstup.pdf](https://www.supervize.eu/wp-content/uploads/2011/10/Vycvik_vstup.pdf)
- TAKÁCS, Lea, Daniela Sobotková, Lenka Šulová a kol. *Psychologie v perinatální péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9715-1
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestra v nouzi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.
- VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.
- WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3920-5

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9238-0

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9674-6

ZÍTKOVÁ, Marie, Andrea Pokorná, Erna Mičudová. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-274-9756-4

## **11 PŘÍLOHY**

Příloha A - Informovaný souhlas k průzkumnému šetření .....	65
Příloha B - Polostrukturovaný rozhovor k průzkumnému šetření .....	66
Příloha C - Brožura pro nižší zdravotnický management.....	67

## Příloha A - Informovaný souhlas k průzkumnému šetření

### Diplomová práce „Supervize pohledem managementu“

Dobrý den, jmenuji se Bc. Erika Ledvinová, pracuji na porodním sále v Nemocnici Jindřichův Hradec a.s., toho času na rodičovské dovolené. Studuji 2. ročník navazujícího magisterského oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Svou diplomovou práci věnuji zátěžovým situacím a metodě supervize pohledem managementu. K vypracování mé diplomové práce jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Povedu s Vámi rozhovor a budu se Vás ptát na otázky týkající se tématu. Vaše odpovědi budu dále zpracovávat, proto Vás prosím o přečtení informovaného souhlasu níže a případně Váš podpis.

#### INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já, \_\_\_\_\_ souhlasím, abych se zúčastnil/a výzkumného  
(plné jméno a datum narození)

šetření zaměřeného na metodu supervize pohledem managementu v rámci mé diplomové práce. Toto výzkumné šetření spočívá v provedení rozhovoru a ten bude po celou dobu nahráván.

Souhlasím, že výsledky mohou být anonymně použity pro publikování v mé diplomové práci, odborných časopisech pro zdravotnické obory a pro prezentace na vědeckých a vzdělávacích akcích. Rozumím cíli, povaze průzkumného šetření a v čem spočívá moje zapojení. Veškeré informace mi byly srozumitelným způsobem předány ústně a na všechny mé položené otázky byla poskytnuta adekvátní a srozumitelná odpověď.

Svým podpisem potvrzuji, že má účast v šetření je dobrovolná. Od šetření mohu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu pouhým ústním nebo písemným sdělením.

Dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis

Jméno:

Telefon:

E-mail:

## Polostrukturovaný rozhovor

### Seznámení, zaměstnání

1. Mohla byste se, prosím, představit, říci kolik je vám let a jaké máte ukončené vzdělání?
2. Na jakém oddělení a na jaké pozici jste pracovala před tím? Pracujete po celou dobu v této nemocnici?
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví a jak dlouho pracujete v řídicí funkci na pozici staniční sestry, a kterého oddělení?
4. Za kolik podřízených zodpovídáte a jaké mají pozice? Zdravotní sestra, zdravotnický asistent, sanitář/ka, ...?

### Zátěžové situace a supervize

5. Jaké zátěžové situace nejčastěji řešíte na pracovišti?
6. Co se domníváte, že je pro Vaše podřízené nejvíce zatěžující? Myslíte, že Vaši podřízení pracují ve stresu nebo jsou pod tlakem?
7. Jak řešíte zátěžové situace ve svém týmu a jakým způsobem se jim snažíte předejít?
8. Jakým způsobem provádíte u pracovní skupiny kontrolu, podporu, ocenění?
9. Víte co je to supervize? Zúčastnila jste se nějaké formy supervize? Víte, k čemu by byla dobrá?
10. Vysvětlíte, svými slovy, pojem supervize.
11. Myslíte, že by supervize byla vhodná k řešení zátěžových situací Vás na pracovišti? Jakých a proč?
12. Funguje ve Vaší nemocnici supervizní tým? Pokud ano, využíváte jej? Pokud ne, myslíte, že byste ho využila u Vás na pracovišti?
13. Myslíte, že by Vaši podřízení uvítali pomoc metodou supervize?

## Příloha C - Brožura pro nižší zdravotnický management

### K ČEMU SLOUŽÍ?

- Prevence a řešení konfliktů na pracovišti
- Zlepšení interpersonálních vztahů
- Zkvalitnění komunikace
- Efektivní rozložení práce
- Sebereflexe
- Motivace a podpora k vzdělávání

*„Největší chybou, kterou v životě můžete udělat, je mít pořád strach, že nějakou uděláte.“*

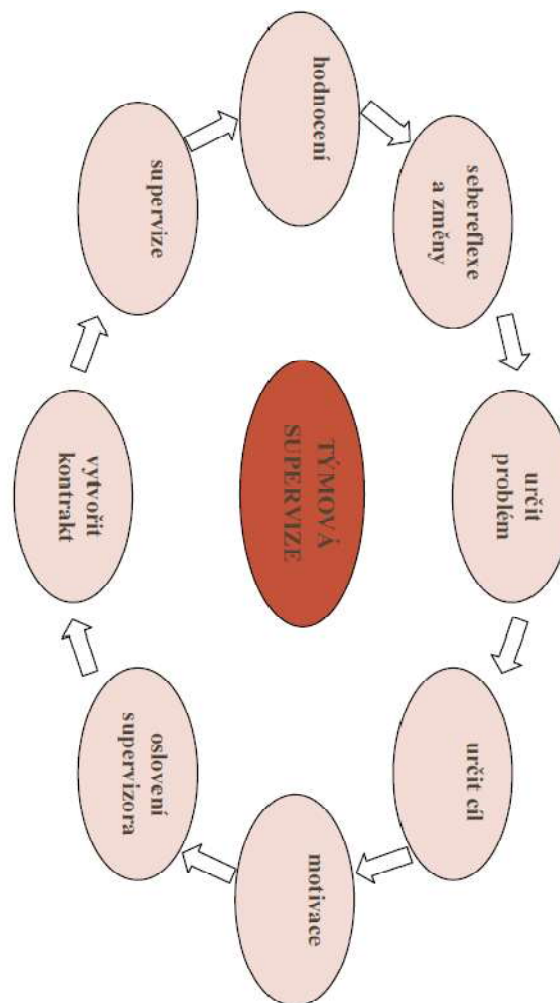
*Elbert Hubbard*

#### Literatura:

BAŠTECKÁ, Bohumila, Veronika Čermáková, Milan Kinkor. *Týmová supervize*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0940-9

HAWKINS, Peter, Robin Shohet. *Supervize v pomáhajících profesích*. 2. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0987-43

VENGLÁROVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9



Univerzita  
Pardubice  
Fakulta  
zdravotnických studií



(<https://svetkreativity.cz/lekari-maji-respekt-a-nasi-duveru-i-oni-se-vsak-mohou-mylit-chlapce-to-stalo-zivot/medical-team-studio/>)

## TÝMOVÁ SUPERVIZE

*Bc. Erika Ledvinová*

*Mgr. Markéta Moravcová Ph.D.*

## CO JE SUPERVIZE?

Supervize je nástroj používaný u pomáhajících profesí k celoživotnímu vzdělávání.

Metoda zaměřená na podporu a rozvoj kvality práce a profesionality jednotlivce, týmu, či skupiny pracovníků vedená formou rozhovoru.

Týmová supervize je určená pro 12-15 osob ze stejného pracoviště s různými rolemi.



[https://fotohy.foto.cz/fotoanku3d-uhiso-oprva-zady-otaznik\(411060156\)/](https://fotohy.foto.cz/fotoanku3d-uhiso-oprva-zady-otaznik(411060156)/)



<https://www.quickanddirtytips.com/relationshio/etiquette-manner-of-the-art-of-the-handshake/>

## JAK PROBÍHÁ?

V domluvený termín, čas a místě, se supervizor sejde s týmem supervidovaných. Na základě definované zakázky, se supervidovaní pokusí specifikovat svá očekávání pomoci od supervize. Supervizor má za úkol držet supervizi v mezích, které byly sjednány, nebo nabídnout případné přehodnocení definované zakázky.



<https://www.teracestrum.cz/jak-probiha-shi-pisova-terapie/>

## PROČ VYUŽÍT TÝMOVOU SUPERVIZI?

- Zpřehlednění kompetencí jednotlivých pracovníků
- Učtení rolí v týmu
- Zhodnocení kvality spolupráce mezi pracovníky (komunikace, konflikty)
- Atmosféra na pracovišti
- Zhodnocení minulosti pracoviště (tradice, hodnoty)
- Určení nových cílů týmu
- Péče týmu o sebe sama/ psychohygiena (emoční zátěž spojená s prací, stres, vyhoření)