

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Barbora Zelenková, DiS.

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Bc. Barbora Zelenková, DiS.

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KLINICKÁ SUPERVIZE V PSYCHIATRICKÉM
OŠETŘOVATELSTVÍ**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

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

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora ZELENKOVÁ**
Osobní číslo: **Z18N0013K**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Klinická supervize v psychiatrickém ošetřovatelství**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah diplomové práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- BAŠTECKÁ, Bohumila, ČERMÁKOVÁ, Veronika, KINKOR, Milan. Týmová supervize: Teorie a praxe. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. 272 s. ISBN 978-80-262-0940-9
- HAVRDOVÁ, Zuzana, HAJNÝ, Martin. Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1
- MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 2006. 353 s. ISBN 80-247-1151-6
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. Supervize v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9
- HAWKINS, Peter, SHOHEET, Robin. Supervision in the Helping Professions. 3rd ed. Buckingham: Open University Press, 2009. 258 s. ISBN 978-0-335-21817-2

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání diplomové práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Plzni dne 14. 04. 2020

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Barbora Zelenková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Klinická supervize v psychiatrickém ošetrovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

Počet stran – číslované: 97

Počet stran – nečíslované: 60

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 132

Klíčová slova:

klinická supervize – ošetrovatelství – psychiatrie – všeobecná sestra – organizace a řízení

Souhrn:

Teoretická část diplomové práce se zabývá klinickou supervizí a nastiňuje problematiku a specifika psychiatrického ošetrovatelství. První část je zaměřena na klinickou supervizi, definuje základní pojmy v konceptu psychiatrické péče. Druhá část teoretické práce se zabývá systémem a organizací péče o duševně nemocné v ČR, reformou zdravotnických služeb v oblasti psychiatrické péče. V závěru teoretické části diplomové práce je zmíněna problematika péče o člověka s duševním onemocněním v podobě právních a etických norem.

Praktická část diplomové práce je realizována kvalitativním výzkumným šetřením, které je cíleně zaměřeno na sestry pracující na psychiatrických odděleních, mající osobní zkušenost s účastí na supervizi nebo sestry vybraných zdravotnických zařízení, které pečují o pacienty s duševním onemocněním. Pro kvalitativní výzkumné šetření byla použita metoda sběru dat formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory s respondenty byly zaznamenány pomocí diktafonu a poté přepsány.

Abstract

Surname and name: Barbora Zelenková

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Clinical supervision in psychiatric nursing

Consultant: Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

Number of pages – numbered: 97

Number of pages – unnumbered: 60

Number of appendices: 6

Number of literatur eitems used: 132

Keywords: Clinical supervison – Nursing – Psychiatry – Nurses – Organization and Administration

Summary:

The theoretical part of the thesis deals with clinical supervision and outlines the issues and specifics of psychiatric nursing. The first part focuses on clinical supervision, defines the basic concepts in the concept of psychiatric care. The second part of the theoretical work deals with the system and organization of mental health care in the Czech Republic, the reform of health services in the field of psychiatric care. At the end of the theoretical part of the thesis is mentioned the issue of care for people with mental illness in the form of legal and ethical standards.

The practical part of the thesis is carried out by qualitative research, which is aimed at nurses working in psychiatric wards, who have personal experience with participation in supervision or nurses of selected medical facilities who take care of patients with mental illness. The method of data collection in the form of semi-structured interview was used for qualitative research. Interviews with respondents were recorded using a dictaphone and then rewritten.

Předmluva

Pro téma Klinická supervize v psychiatrickém ošetrovatelství jsem se rozhodla proto, abych zjistila, zda supervize v organizacích nachází uplatnění, jaké druhy supervize jsou nejvíce využívány a jaké přínosy supervize přináší.

Můj záměr pramenil především z nedostupnosti supervize v organizaci, ve které pracuji a především z mého osobního zájmu zjistit co nejvíce informací o supervizi jako nástroji, jehož cílem je pozitivní ovlivňování a pomoc psychiatrickým sestřám při jejich každodenních činnostech v práci s klienty.

Poděkování

Děkuji Mgr. Mileně Vaňkové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů a za milou atmosféru, kterou svojí osobností vytvořila. Dále děkuji psychiatrickým sestřám za poskytování rozhovorů.

OBSAH

ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ.....	16
1.1 Popis řešeršní strategie a přehledové review.....	16
2 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ A KONCEPTŮ.....	17
2.1 Pojem a historie supervize v psychiatrickém ošetrovatelství (v zahraničí a ČR) 17	
2.1.1 Historie klinické supervize v zahraničí	19
2.1.2 Historie klinické supervize v České republice	20
2.2 Účel a funkce klinické supervize v psychiatrickém ošetrovatelství obecně	20
2.3 Formy a druhy supervize v psychiatrickém ošetrovatelství	22
2.4 Modely a přístupy v supervizi	24
2.4.1 Etika a pravidla supervize.....	25
3 SYSTÉM A ORGANIZACE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V ČR	27
3.1 Psychiatrická ambulantní péče	27
3.2 Akutní a následná psychiatrická péče	28
3.3 Komunitní psychiatrická péče	28
3.4 Kooperující psychiatrická péče	29
4 REFORMA ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB V OBLASTI PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR.....	30
4.1 Transformace psychiatrické péče	30
4.2 Koncept zotavení/Recovery	30
4.3 Deinstitutionalizace psychiatrické péče.....	31
5 PSYCHIATRICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	34
5.1 Multidisciplinární týmy	35
5.2 Kompetence všeobecných sester pro péči v psychiatrii	36
5.3 Všeobecná sestra se specializací v péči o duševně nemocné	38
5.3.1 Role a činnost sestry se specializací v péči o duševně nemocné v komunitní péči.....	39
6 PÉČE O ČLOVĚKA S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V PODOBĚ PRÁVNÍCH A ETICKÝCH NOREM, POSTUPŮ A PRAXE.....	41
6.1 Hospitalizace se souhlasem duševně nemocného	43
6.2 Hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného	44
6.3 Ochranná léčba	44
6.4 Zabezpečovací detence.....	45
6.5 Omezovací opatření u pacienta s duševním onemocněním.....	46
6.6 Svěprávnost a rozhodování osob s duševní poruchou.....	48

6.7	Způsobilost k právním úkonům.....	49
6.7.1	Práva, týkající se zdravotnického prostředí a přístupu personálu	50
6.8	Etické principy péče o duševně nemocné a vztah zdravotník/sestra – pacient v psychiatrickém ošetřovatelství	51
6.8.1	Vztah zdravotník/sestra – pacient v psychiatrickém ošetřovatelství.....	52
6.8.2	Hranice v pomáhajícím vztahu.....	52
6.8.3	Moc v rámci vztahu zdravotník/sestra – pacient v psychiatrickém ošetřovatelství.....	55
	EMPIRICKÁ ČÁST.....	57
7	VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY	57
8	VÝZKUMNÝ VZOREK A JEHO SPECIFIKACE.....	59
9	METODA SBĚRU DAT A ORGANIZACE VÝZKUMU.....	61
9.1	Realizace polostrukturovaného rozhovoru.....	61
9.2	Etické aspekty výzkumu.....	62
9.3	Limity výzkumu	62
10	ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT A JEJICH INTERPRETACE.....	64
10.1	Kategorie: Organizační kultura vybraných pracovišť	66
10.2	Kategorie: Kontraktování	75
10.3	Kategorie: Modely zavedení supervize do organizace.....	86
10.4	Kategorie: Fáze řízení změny.....	88
10.5	Kategorie: Fáze implementace změny / počátek realizace supervize v organizaci / realizace supervize v týmu	92
10.6	Kategorie: Přínosy a překážky úspěšné realizace supervize	94
10.7	Kategorie: Vzdělávací potřeby a informace o klinické supervizi	97
10.8	Stručné shrnutí a vyhodnocení výsledků v kontextu stanovených cílů.....	99
	DISKUZE.....	100
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	107
	ZÁVĚR.....	110
	SEZNAM LITERATURY.....	112
	SEZNAM PŘÍLOH	128
	PŘÍLOHY.....	129
	Příloha A – Rešerše tématu klinické supervize v psychiatrickém ošetřovatelství	129
	Příloha B – Deklarace z Turku	135
	Příloha C – Prohlášení o dobrovolném vstupu	145
	Příloha D – Informovaný souhlas účastníka výzkumu.....	148
	Příloha E – Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním diplomové práce	149
	Příloha F – Vzor struktury rozhovoru	150

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Schéma vzájemných vazeb jednotlivých kategorií a subkategorií.....	65
Obrázek 2: Schéma Kategorie Organizační kultura vybraných pracovišť a její subkategorie.....	66
Obrázek 3: Schéma Kategorie Kontraktování a její subkategorie.....	75
Obrázek 4: Schéma Kategorie Modely zavedení supervize do organizace.....	86
Obrázek 5: Schéma Kategorie Fáze řízení změny.....	89
Obrázek 6: Schéma Kategorie Fáze implementace změny.....	92
Obrázek 7: Schéma Kategorie Přínosy a překážky úspěšné realizace supervize....	94
Obrázek 8: Schéma Proces implementace klinické supervize do organizace psychiatrického ošetřovatelství.....	109

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Demografická data.....	60
Tabulka 2: Příklady kódů vztahující se ke kategorii Organizační kultura vybraných pracovišť.....	74
Tabulka 3: Příklady kódů vztahující se ke kategorii Kontraktování.....	85
Tabulka 4: Příklady kódů vztahující se ke kategorii Vzdělávací potřeby o klinické supervizi.....	98

SEZNAM ZKRATEK

APA	American Planning Association
CATS	Clinical And Team Supervision
CDZ	Centrum duševního zdraví
CPT	Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
EBP	Evidence Based Practice (praxe založená na důkazech)
FN	Fakultní nemocnice
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NV	Nářizení vlády
OSN	Organizace spojených národů
PL	Psychiatrická léčebna
PN	Psychiatrická nemocnice
p. o.	Příspěvková organizace
RHB	Rehabilitace
SMI.....	Serious / severe Mental Illness
SPIN-VTI	Video trénink interakcí
SPIS.....	Systém psychosociální intervenční služby

SZŠ a VOŠZ Střední zdravotnická škola a vyšší odborná škola zdravotnická

ÚVN Ústřední vojenská nemocnice

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky

ÚVOD

MOTTO:

*„Ošetřování nemocných jest povoláním těžkým,
dvakrát, třikrát těžším, jedná-li se o ošetřování choromyslných!“*

Dr. Jan Hraše

Klinická supervize v oboru ošetrovatelství je mezi odbornou veřejností v ČR stále častěji diskutovaným tématem. Zatímco v zahraničí je supervize multidisciplinárních týmů z oblasti psychiatrického ošetrovatelství poměrně běžným fenoménem a součástí ošetrovatelské profese (srov. např. Buus, Gonge 2009; Gonge, Buus, 2010; Cookson, Sloan, Daffers, Jahoda, 2014 aj.) v ČR je zatím stále konceptem, který s sebou přináší plno rozporů vyplývajících z různých pohledů a přístupů k procesu supervize. Pokusy o zavedení supervize do běžné praxe často narážejí na neznalost její funkce a předsudky vůči její efektivitě či benefitům.

Klinická supervize na psychiatrických pracovištích otevírá prostor pro společnou diskuzi. Je založena na ochotě naslouchat a respektovat názory druhých. Supervize hledá řešení při problémech na pracovišti, kde se zaměřuje na zjišťování překážek ve výkonu profese. Přináší podporu pro jednotlivce i tým, ale současně se také stará o práci celého týmu. Klinická supervize může přispět k pocitu větší pohody u sester, pokud jde o jejich praxi. Záměrem je vždy pracovní nikoli osobní kontext.

Práce všeobecné sestry v psychiatrickém ošetrovatelství je velice psychicky náročná. Sestry pracující na psychiatrickém oddělení bývají veřejností vnímány jako méně odborně schopné než sestry pracující na jiných odděleních. Všeobecná sestra pracující na psychiatrii by měla být sociálně vyzrálou osobností, která umí s pacientem komunikovat na odborné úrovni. Požadavkem tedy je absolvování specializačního vzdělání v psychiatrickém ošetrovatelství.

Důvodem výběru tohoto tématu diplomové práce je moje osobní motivace a záměr dozvědět se o co nejvíce o klinické supervizi a popř. ji umět použít ve své profesi. Jako staniční sestra v psychiatrické léčebně se setkávám se situacemi, které přinášejí mnoho problémů k řešení, ať s pacienty, kolegy, svými podřízenými a myslím si, že klinická supervize by mně mohla pomoci v nalezení vhodných východisek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ

Odborná literatura v zahraničí a ČR aktuálně nabízí mnoho odborných, recenzovaných článků zabývajících se klinickou supervizí v psychiatrické ošetrovatelské péči.

1.1 Popis rešeršní strategie a přehledové review

Za účelem zmapování relevantních tematických zdrojů a vytvoření review byla zadána v listopadu 2018 rešerše literatury v Národní lékařské knihovně v Praze a v Národním centru ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Byla použita klíčová slova v českém jazyce: klinická supervize, ošetrovatelství, psychiatrie, zdravotní sestra, organizace a řízení. V anglickém jazyce: clinical supervision, nursing, psychiatry, nurses, organization and administration. V průběhu listopadu 2018 a dubna 2019 byly průběžně využity elektronické databáze BMC (Bibliographia medica Českoslovaci), specializované databáze (CINAHL, Medline, Pro Quest, CASLIN), Google Scholar, Google knihy.

Celkový počet vyhledaných záznamů činil 229.

Vyřazující kritéria: duplicitní články, kvalifikační práce, sborníky, články, které nesplnily kritéria (články mimo stanovená klíčová slova, články pro lékaře psychiatrie, psychoterapeuty). Publikace byly pročteny a následně dohledány další klíčové citace z jednotlivých referencí. Z celkového množství odborných článků a publikací bylo dohledáno 229 zdrojů v českém a anglickém jazyce. Z toho jich bylo 215 vyřazeno.

Sumarizace dohledaných periodik: pro tvorbu teoretických východisek bylo využito 14 odborných článků. Přehled klíčových publikací je uveden v Příloze A.

2 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ A KONCEPTŮ

2.1 Pojem a historie supervize v psychiatrickém ošetrovatelství (v zahraničí a ČR)

Slovo supervize má svůj jazykový původ v angličtině. Znamená dohled, dozor, kontrolu, nebo také řízení a vedení. (Anglicko-český, česko-anglický kapesní slovník, 2018) Jiní autoři (srov. např. Havrdová, 2008; Havrdová, Baštecká, 2000; Baštecká, Čermáková, Kinkor, 2016) zdůrazňují, že slovo supervize je možné překládat jako nadhled. Právě nadhled nad těžkostí nebo problémem, se kterým si nevíme rady, je totiž pro osvobození od sevření v kruhu starostí a bezmocí (Havrdová, 2008). Tento nadhled by nás měl vést k rozpoznání nových, skrytých možností. Poskytnutí poučeného nadhledu (profesionálního) by měl zprostředkovat právě supervizor. Může to ale udělat jedině na základě laskavého a chápavého (nikoli hodnotícího) vztahu (Havrdová, 2000). Klinická supervize je formální a strukturovaná. Objevuje se na pravidelné bázi. Každé setkání dodržuje strukturovaný formát, pokud jde o cíle, obsah a očekávání (Vaňková, Marková, 2010).

Klinická supervize může jednotlivci i zdravotnickému pracovišti přinést upevnění profesionálních kompetencí, podporu ve složitých pracovních situacích, reflektování etických otázek, rozbor odborných témat, prozkoumání vlastního stylu práce a možných slepých míst (Vaňková, 2011). Špirudová (2015, s. 85) ve své knize předkládá první návrh definice supervize pro ošetrovatelství v ČR, jež by vyhovovala potřebám českého ošetrovatelství a zní takto: „*Klinická supervize v ošetrovatelství je podpůrná metoda i proces vedoucí k reflexi vlastního profesionálního jednání sester, a to skrze intenzivní, mezilidsky zaměřený individuální či skupinový ne-mocenský vztah, v němž je úkolem supervizora usnadňovat rozvoj kompetence supervidovaným sestrám (zdravotnickým asistentům, ošetrovatelům). Prvořadým smyslem supervize je ochrana nejlepších zájmů klienta (tj. pacienta, jeho blízkých, jeho komunity, ale např. i jiných poskytovatelů péče či studentů).*“

Hines-Martin, Vicki & Robinson, (2006, s. 293) uvádí ve svém článku: „*V ošetrovatelské praxi je klinická supervize zavedeným rysem každodenní praxe zejména v rámci duševního zdraví a psychiatrie. Klinická supervize je široce uznávána jako standardní praxe u mnoha zdravotnických profesionálů. Význam klinické supervize je také „široce podporován“ v poradenské a psychoterapeutické praxi. V souvislosti s odborným výcvikem v psychologii je také klinická supervize považována za velmi důležitou a je velkou investicí do vzdělávání personálu.*“

Literatura rovněž uvádí, že na klinickou supervizi je třeba nahlížet jako na dobrovolné a kooperativní partnerství tak, aby napomáhala k pocitům vlastnictví. Jiný výzkum (srov. Hines-Martin, Vicki & Robinson, 2006) vyzdvihl, že lze na klinickou supervizi nahlížet jako na diskusi se zkušenějšími kolegy – což umožňuje reflexi klinických zkušeností za účelem jejich zúčtování a prohloubení porozumění nebo identifikaci oblastí pro další zlepšení. Výzkumy autorů Temane, Poggenpoel, Myburgh (2014, s. 2) uvádí: „*Klinická supervize je nedílnou součástí psychiatrického ošetřovatelství. Hodnota klinické supervize byla ve výzkumu velmi prokázána. Navzdory snahám o implementaci supervize se zdá, že dohled v této oblasti psychiatrického ošetřovatelství neexistuje.*“

Hines-Martin, Vicki & Robinson (2006, s. 293) definují klinickou supervizi jako: „*Nezbytný prvek v profesním rozvoji všeobecných sester v psychiatrickém ošetřovatelství a existuje mnoho interpersonálních přístupů, které tento proces usnadňují.*“

Stasková (2019, s. 48) ve své knize uvádí: „*V současné době lze sledovat změny koncepce v ošetřovatelství, posun v myšlení a přístupu k ošetřovatelství. Oproti minulosti, kdy péče sester byla poskytována dle biomedicínského modelu, lze v současném ošetřovatelství sledovat snahy stále více využívat modely jednání odrážející celostní přístup a humanismus. Na tuto skutečnost poukázala již v 60. letech minulého století i Joyce E. Travelbee¹, neworleanská psychiatrická sestra, vzdělavatelka a teoretička ošetřovatelství.*“ Z primárních a sekundárních zdrojů vyplynulo, že pro ošetřovatelství se jako inspirující ukazuje prosazovaná změna přístupu sester k pacientům, kladení důrazu jak na uspokojování potřeb pacientů, tak i sester. Změnu v přístupu lze shledat v ošetřovatelském vzdělávání, které by mělo být schopno připravit sestry na uspokojování emocionálních a duchovních potřeb nemocných s kladením důrazu na empatii, soucit a vzájemné porozumění. Jednou z možností docílit této změny ve vzdělávání sester je začlenit více komunikačních cvičení, filosofie, psychologie a objasňování hodnot do vzdělávacích programů v ošetřovatelství a vést sestry k sebereflexi, kritickému myšlení a provádění supervize (Stasková, 2019).

„*Klinická supervize poskytuje příležitost pro sestry v oblasti duševního zdraví, aby se dále rozvíjely, obohatily o lepší reflektivní dovednosti, které jsou nezbytné ke zlepšení bezpečnosti ošetřovatelských intervencí. Tento rámec klinické supervize je navržen tak, aby*

¹ Joyce E. Travelbee, byla americká zdravotní sestra, která se v 60. letech zabývala mezilidskými aspekty ošetřovatelství. Její ošetřovatelská teorie se intenzivně zaměřuje na ošetřovatelství a jeho mezilidský rozměr. Jak upozorňuje Stasková (2019), sama Travelbee uvedla, že její myšlení bylo do značné míry založeno na dílech jiného ošetřovatelského teoretika – jedná se o ženu!!!, tedy teoretičku!!! Ida Jean Orlando. Inspirací pro Joyce E. Travelbee byly existencialistická a humanistická filozofie.

podporoval jednotlivé sestry, aby se setkaly s jejich klinickými potřebami supervize a pozitivně přispíval k rozvíjícím se službám duševního zdraví.“ (Love, 2018, s. 6)

Cross (2012, s 10) definuje klinickou supervizi následovně: *„Klinická supervize je aktivní proces a vyžaduje aktivní zapojení jednotlivců, samotné profese a organizace. Začít je však někdy obtížné. Tento proces nabízí teoretické vstupy a pokyny k dosažení systematického a solidního přístupu k provádění klinické supervize. Stanovuje jasné standardy a výsledky pro klinickou supervizi, která pomáhá a posiluje zdravotní sestry v oblasti duševního zdraví, aby byly nejlepší.“*

2.1.1 Historie klinické supervize v zahraničí

Počátky supervize nelze zcela přesně datovat. Jackson (2014, s. 113) uvádí: *„Na konci osmnáctého století byla praxe nucena pozvednout „morální podporu“. V roce 1774 obavy z porušování pravidel vedly britskou vládu k tomu, aby trvala na vydávání licencí všem soukromým klinikám s psychicky nemocnými a od roku 1800 tyto instituce musely mít lékařskou supervizi“.*

Vývoj supervize ve 20. století byl ovlivněn řadou vlivů. Jednalo se o individuální práci, ve které byl supervizor v pozici nadřízeného odpovídajícího za kvalitu práce. Po 1. světové válce začal tlak na metodickou přípravu supervizorů. Dvacátá léta ovlivnila supervizi učením S. Freuda, objevuje se první literatura zabývající se supervizními technikami a to hlavně konzultace personálu nad určitým případem. Ve čtyřicátých letech dvacátého století přichází do popředí bálintovská skupina. Zakladatelem byl anglický lékař a psychoanalytik Michael Balint, který zjistil, že účinnost léčby je mimo jiné ovlivněna vzájemným vztahem mezi lékařem a pacientem. Cílem bálintovské skupiny tedy byla pomoc všem, kteří působí v nějakém problematickém profesním vztahu a to hlavně nalezení správného směru k řešení (Kulhánek, Kotovská, 2013).

Šedesátá léta dvacátého století jsou ve znamení experimentování a nalézání nových modelů supervize. Skupinová setkání se těší velké oblibě. Bálintovské skupiny infiltrují do mimolékařských pomáhajících profesí.

V roce 1994 vzniká Evropská asociace pro supervizi (EAS – European Association Supervisory), která se zaměřuje na nově vzniklé metody supervize a koučinku napříč Evropou. EAS se také soustřeďuje na výzkum analyzující efektivitu supervize v Evropě (Kulhánek, Kotovská, 2013, European Association for Supervision and Coaching, 2020).

2.1.2 Historie klinické supervize v České republice

V padesátých letech dvacátého století byla supervize praktikována pouze v úzké skupině psychoanalytiků jako součást psychoanalytického vzdělávání. V roce 1967 začali Jaroslav Skála, Eduard Urban a Jaromír Rubeš realizovat supervizi formou výcvikových skupin. V roce 1981 byl zahájen první tříletý výcvik zaměřený na bálintovské skupiny, iniciátorem výcviku byl především J. Skála, který ho prováděl ve svém kabinetu pro vzdělávání v psychoterapii. Od 80. let dvacátého století byla bálintovská skupina postupně rozšířena i do jiných oborů, např. soudnictví, vězeňství či školství. První symposium věnované výměně supervizních zkušeností v ČR se pořádalo v roce 1995 v Jánských Lázních (Kulhánek, Kotovská, 2013).

Na počátku 90. let dvacátého století Asociace manželských a rodinných poradců začlenila supervizi do svého vzdělávání. Ve druhé polovině 90. let dvacátého století se potřeba supervize nově objevuje i v systému komunitní péče o duševně nemocné. Také v tomto období začínají nesystematické, krátkodobé kurzy pro sociální pracovníky, kurátory aj. a na ně posléze navázala koncepce rozvojové supervize. Klíčovým rokem pro rozvoj supervize byl rok 2002, kdy byl ustanoven Český institut pro supervizi (Kulhánek, Kotovská, 2013).

V letech 2005 a 2006 proběhlo v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů několik vzdělávacích akcí o supervizi se zamyšlením nad uplatněním supervize v českém zdravotnictví (Jičínská, 2006).

V současné době lze studovat na Karlově Univerzitě, Fakultě humanitních studií, Katedře řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích obor **Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích**.

2.2 Účel a funkce klinické supervize v psychiatrickém ošetrovatelství obecně

Účelem supervize jako profesionální aktivity je a priori zlepšení či udržení kvality služby ku prospěchu klienta. Takového účelu lze dosahovat různými cestami podle situace, do níž je supervize zasazena. Autoři Hines-Martin, Vicki & Robinson, (2006) se odkazují na model Proctorové, která uvádí trojí účel a funkci supervize: **1) restorativní; 2) formativní a 3) normativní funkci supervize**.

Podpůrná funkce klinické supervize (funkce restorativní – obnovující, posilující)

Nezastupitelné místo v psychiatrickém ošetrovatelství má podpůrná funkce supervize, která je zaměřena na zvládání emocí, prožitků plynoucích z mimořádných událostí a

prevenci syndromu vyhoření. Právě to jsou totiž fenomény, které jsou v psychiatrickém ošetřovatelství velmi aktuální. Podpůrná funkce supervize znamená, že supervize má pomáhat supervidovaným nést a zvládat pracovní zátěž, posilovat pracovní odhodlání a naději, udržovat a rozvíjet tvořivost a živost práce. Podporuje supervidované, aby rozpoznávali a zkoumali způsoby, jak jejich osobní záležitosti, životní události a zodpovědnosti ke klientům ovlivňují jejich práci, aby lépe rozuměli emoční zátěži vlastní práce a lépe ji zvládali. Účelem podpory je povzbuzení k překonání překážek, budování dobrého vztahu a atmosféry. Podpora umožňuje zpomalit a změkčit nápor procesu učení a zvládání stresu. Přispívá k mobilizaci vlastních sil, odvahy a energie pracovníka. Supervize umožňuje zlepšit pocit z práce a čelit zklamání, posiluje vědomí hodnoty práce a sounáležitosti s profesí a organizací. Dává pocit jistoty a motivuje pro další práci na sobě (Havrdová, Hajný, 2008).

Vzdělávací funkce klinické supervize (funkce formativní)

Vzdělávací funkce představuje pro supervidované rozvoj jejich pracovních způsobilostí. Souvisí s představami o celoživotním vzdělávání a o vzdělávání založeném na kompetencích. Supervize by se měla cíleně zaměřovat na rozvoj způsobilostí pracovníka podle hodnot jeho profese a způsobilostí týmu. Je-li účelem supervize vzdělávací aspekt, zaměřují se supervizor i supervidovaný např. na zlepšení odborných kompetencí pracovníka při práci s klientem (zlepšení jeho znalostí, dovedností, postojů, sebereflexe).

Řídící funkce klinické supervize (funkce normativní)

Řídící funkce napomáhá profesionálovi držet se profesních zásad, standardů a organizačních postupů v kontextu etických norem a legislativních požadavků. Pracovníka či tým má vést k oddanosti hodnotám organizace a služby, ke zvládání úkolů, kterými organizace naplňuje své poslání. Podle autorů Havrdové a Hajného (2008) by měl supervizor citlivě konfrontovat pracovníky s překračováním pravidel, hranic etického chování a dobré praxe, což přispívá k lepší kvalitě práce supervidovaných v závislosti na tom, jak pracovníci těchto podnětů sami využijí. Účelem supervize může být reflektování procesu implementace změn, inovačních postupů a aspekty, které tyto změny přinášejí zdravotníkům v praxi. Jde zejména o zvážení souvislostí mezi obtížemi pracovníků v práci a nedodržením pravidel. Někdy může jít o reflexi překážek a nabídku nových způsobů, jak naplnění existujících pravidel uskutečnit.

2.3 Formy a druhy supervize v psychiatrickém ošetřovatelství

Supervize v psychiatrickém ošetřovatelství může být vedena různými způsoby, může se týkat rozdílných situací a může mít různé uspořádání. Supervizi můžeme dělit např. **podle počtu a uskupení supervidovaných** na supervizi individuální, skupinovou, týmovou, multiprofesní a multidisciplinární (Baštecká, 2016).

Individuální supervize spočívá v setkávání supervizora a jednoho supervidovaného. Koláčková (2003, s. 354) uvádí, že: „*Úkolem individuální supervize je reflektovat a podpořit profesionální fungování pracovníka a jeho další rozvoj.*“ O **skupinovou supervizi** se podle autorů Kinkora, Baštecké (2009), Havrdové (1999) jedná tehdy, tvoří-li supervidovaní skupinu bez vzájemných pracovních vztahů, avšak stejné profese, se stejnými potřebami či zdroji. Skupinová supervize, oproti supervizi individuální, dovoluje využít více způsobů a metod učení, poskytuje příležitost sdílet a reflektovat vlastní zkušenosti ve vztahu k ostatním, za emocionální podpory skupiny. Úspěšnost skupinové supervize závisí na motivovanosti supervidovaných i na schopnosti supervizora vést skupinu a podporovat ji ve sdílení zkušeností. Z organizačního hlediska je skupinová supervize výhodná pro organizaci tím, že je efektivnější z hlediska vynaložených finančních i časových prostředků (Hawkins, Shohet, 2016).

Týmová supervize je poskytována supervidovaným, kteří tvoří pracovní tým. Rozdílem od skupinové supervize je vzájemný pracovní vztah supervidovaných a nerozlišuje potřeby konkrétních pracovníků (Havrdová, 1999). Podle Havrdové, Kaliny, (2003) jsou obsahem supervizních sezení otázky související s týmovou prací, např. témata týmových vztahů, rolí, komunikace, dělby práce a kompetencí, bezpečí, výkonnost týmů. Autoři Bednářová, Pelech (2003) upozorňují na skutečnost, že v týmové supervizi se dostává práce s konkrétními kazuistikami do pozadí, a pokud jsou řešeny, děje se tak na úrovni práce celého týmu.

Podle vztahu supervizora v organizační struktuře je možné, jak uvádějí Kinkor, Baštecká (2009), dělit supervizi na interní a externí supervizi.

Interní supervize spočívá v tom, že je poskytována supervizorem, který je zaměstnancem organizace. Nadřízený, který provádí supervizi, má za účelem supervize nasměrovat pracovníka tak, aby si počínal správně v rámci stanovených pravidel a dobré profesionální praxe. Pracovník pak dostává zpětnou vazbu o tom, v čem je jeho praxe dobrá a v čem nikoli. V souvislosti s interní supervizí upozorňuje Havrdová (2003) na její zaměňo-

vání s intervizi. V případě **intervize** se však jedná o sdílení pracovních situací mezi pracovníky na stejné úrovni bez přítomnosti supervizora.

Externí supervize je prováděna supervizorem najatým organizací pro účel poskytování supervize pracovníkům organizace. Odlišná pozice supervizora nabízí jejím aktérům různé možnosti. Zatímco interní supervize slouží k reflexi pomáhání a hledání souvislostí mezi výkonem práce a osobou konkrétního pomáhajícího, externí supervize nabízí příležitost supervidovat i další procesy v organizaci právě díky nezávislému postavení externího supervizora. Externí supervize tak může být rozšířena o témata kvality týmové spolupráce či procesů řízení.

Podle zaměření obsahu supervize dělí Baštecká (2016) supervizi na **supervizi případovou, supervizi týmovou a supervizi řízení**.

V psychiatrickém ošetřovatelství se s výhodou využívá **supervize případová**. (Vaňková, 2011) Snad je to proto, že nemocní obvykle tráví na oddělení dlouhou dobu (v řádu týdnů i měsíců) a pro personál je často náročné s klienty udržet profesionální vztah a komunikaci. Projevy duševních poruch jsou také vysoce individuální a péče o každého pacienta je svým způsobem specifická. Supervize případová se zaměřuje na konkrétní „případ“, tj. na reflexi odborné práce s klientem a sebereflexi pracovníka. Předkládá se zpravidla případ, který je rozpracován a v němž má pracovník šanci dále pokračovat. Supervize zahrnuje rozbor případu, hledání možných a efektivních variant dalších intervencí. Někdy je předložen případ, s nímž pracovník teprve začíná. Případová supervize nemusí však vždy znamenat zaměření na případ, ale je často zaměřena na pracovníka, který případ řeší či dokonce řešil.

Supervize týmová reflektuje především rozvoj týmové spolupráce a vztahovou komunikaci. Supervize zaměřená na zaměstnance spočívá v udržení patřičné úrovně motivace pracovníků a v naplnění jejich potřeb ve vztahu k práci. To zahrnuje optimální dělbu práce mezi členy týmu, tak i vyladění jejich vzájemných vztahů, aby napomáhaly dobré kvalitě práce.

Supervize řízení se zabývá reflexí řídicích procesů v organizaci, určuje meze, strukturu a fungování organizace a vyladuje pravidla řízení tak, aby poskytla pracovníkům jistotu ohledně jejich pracovní role v rámci srozumitelného pracovního kontextu. Důležité je také zaměření se na kulturu organizace, na atmosféru, která v ní panuje, na celkové klima vztahů a vzájemné podpory mezi pracovníky a managementem.

Z hlediska času či míry plánování se supervize rozdělují, autoři Havrdová, Kalina, (2003) na supervizi **pravidelnou, příležitostnou nebo krizovou**.

Supervize není jednorázová konzultace, ale kontinuální proces. Pro účinnost supervize je vhodné, je-li supervize dlouhodobou a pravidelnou záležitostí, neboť to napomáhá vytvoření vztahu supervizora a supervidovaného. Tzv. pracovní aliance se vytváří zpravidla až okolo šestého setkání. Aby mohla být otevřena citlivější témata, je tedy optimální, je-li frekvence supervizních setkání dlouhodobější. Mezi jednotlivými sezeními, jak podotýkají autoři Havrdová, Hajný (2008), by neměl být delší interval než 4 – 6 týdnů, přičemž frekvence jednotlivých sezení se odvíjí od konkrétní situace (např. zavádění změny vyžaduje intenzivnější supervizi oproti supervizi zkušených pracovníků). Optimální je, aby byla supervize pravidelná a stala se součástí průběžného zlepšování kvality práce i duševní obnovy pracovníků.

Krizová supervize je vhodná především v situacích, které jsou svou povahou značně závažné a vyžadují okamžité a rychlé řešení situace. Příkladem takové supervize je např. útěk pacienta z uzavřených psychiatrických oddělení, sebevražda, napadení zdravotnického personálu (Venglářová, 2013).

2.4 Modely a přístupy v supervizi

Způsoby práce jednotlivých supervizorů se mohou lišit podle volby přístupů každého jednoho supervizora k supervizi. Jak upozorňuje Bártlová (2007, s. 19), „*Supervizorův obecně-teoretický přístup je ovlivněn stylem, který má jako pomáhající pracovník, tedy k jakému teoretickému konceptu se přiklání a jak je vzdělán. Dále je přístup ovlivněn pohlavím, věkem, kulturním prostředím, osobností.*“ Teoretické koncepty a **základní přístupy v supervizi** jsou velmi intenzivně inspirovány **psychoterapeutickými směry a přístupy**, např. psychodynamický přístup, jenž má východisko v psychoanalýze Sigmunda Freuda, humanistický přístup v supervizi, který čerpá z myšlenek Carla Ransoma Rogerse, kognitivně-behaviorální přístup v supervizi, či systemická supervize aj.

Různými supervizními školami jsou vyučovány a v samotné supervizní praxi aplikovány odlišné supervizní modely. **Procesní model supervize** je v zahraniční odborné literatuře známý spíše pod názvem **sedmioký model supervize**. Autoři Hawkins, Shoet (2016, s. 75) uvádí, že tento supervizní model „*vychází ze zkušeností supervizorů, kteří supervidují terapeutický proces. Model analyzuje supervizní dění, jež vychází z prolínání dvou provázaných či vztahových matic.*“ Matice terapeutického systému – propojuje klienta a pracovníka prostřednictvím dojednané smlouvy a matice supervizního systému zahrnuje pracovníka a supervizora.

Dalším modelem, jenž je v českém supervizním kontextu hojně využíván, je např. **cyklický model supervize** (srov. Hawkins, Shohet, 2016), který zahrnuje proces, funkci, cíle a metodiku. Skládá se z pěti základních fází – smlouva, zaměření, prostor, most, shrnutí, které dohromady vytvářejí cyklus.

Model CATS (Clinical And Team Supervision) klinická a týmová supervize. Model CATS je určen pro práci s týmy. Je dobře využitelný u multidisciplinárních týmů, kde členové týmu spolupracují v péči o stejné klienty. Tato metoda je také dobře využitelná u týmů, které se supervizní prací začínají. Metoda je zaměřena na propojení případové a týmové supervize (Baštecká a kol., 2016).

Hines-Martin, Vicki & Robinson, Karen (2006) uvádějí odkazy i na další, jiné modely, než jsou běžně užívané. Zmiňují např. **Heronův model**, který byl vytvořen, aby prozkoumal vztahy mezi klienty a následně prozkoumal srovnatelné aspekty procesu klinické supervize.

V závěru kapitoly je možné shrnout, že navzdory tomu, že existují různé modely supervize, jejich existence napomáhá zejména supervizorům systematičtěji udržet proces supervize a metodologicky vymezit přístup supervizora k supervidovanému, včetně např. vymezení základních principů, postojů, dovedností supervizora.

2.4.1 Etika a pravidla supervize

Supervizní etikou rozumí Venglářová (2013) soubor etických principů, jež představují hodnoty a standardy supervizní praxe. Tyto praxe jsou odborníky považovány za závazné, dobré, mravné, tzn. určují, jak by se měl supervizor chovat, aby byla supervize přiměřená a správná. Mezi etické principy Venglářová (2013) řadí:

Respekt k důstojnosti každého člověka bez ohledu na jeho věk, rasu, kulturní či etnický původ, tělesný, psychický stav, sociální postavení, ekonomický stav nebo sexuální preference.

Ochrana pacientů a supervidovaných se považuje za prvořadou povinnost. Supervizoři vedou své supervidované k uvědomování důstojnosti, autonomie a zodpovědnosti. Supervizoři vykonávají svou praxi s plným vědomím právního řádu ČR. (Srov. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2006)

Ochrana práv pacientů, supervidovaných a dalších účastníků supervize je zajištěna kompetentností supervizora, jeho věrností kontraktu a dohodám, dodržováním pravidla zachování důvěrnosti, ochrany dat klientů i písemných výstupů ze supervize, monitorováním prospěchu, který ze supervize mají supervidovaní klienti, stanovením pravidla pro

zacházení s mocí a vztahem v supervizi, dodržováním příslušných právních, etických a odborných zásad a podporou supervidovaných, aby si tyto zásady uvědomovali a uplatňovali je. (Srov. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2006)

Etický kodex supervizora zahrnuje základní etické principy supervize. Mezi nejčastější rizika související s etikou v supervizi patří na straně supervizora zneužití pozice zkušenějšího odborníka, snižování požadavku na supervidovaného, i za účelem vytvoření spojení s ním, uzavírání koalic proti klientovi, spolupracovníkům nebo nadřízenému, nejasné vymezení hranic a definování rolí, nezvládnutí dynamiky skupiny a porušení důvěry a mlčenlivosti (Dvořáčková, 2009).

Etické zásady chrání pacienty před únikem osobních, často intimních informací, chrání supervidované před únikem informací, patřících pouze na supervizní setkání. Etika učí dodržovat pravidla, držet hranice v rámci profese. Jedná se o jeden z důležitých fenoménů, podílející se na profesním růstu a podstatně určující kvalitu práce s lidmi (Baštecká a kol., 2016).

3 SYSTÉM A ORGANIZACE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V ČR

Koncepce oboru psychiatrie (2008), Psychiatrická společnost ČLS JEP (2008) popisuje, že psychiatrická péče je realizovaná prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě a diferencovaného přístupu v péči o duševně nemocné. Základními prvky této sítě jsou **psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče**, která je průnikem psychiatrie do oblasti sociálních služeb.

3.1 Psychiatrická ambulantní péče

V současnosti se v **psychiatrických ambulancích** odehrává většina psychiatrické péče (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008), a to jak z hlediska kvantity, tak i z hlediska časového. Psychiatrická ambulance je v převážné míře místem prvního kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. Tento kontakt bývá velmi často dlouhodobý, kontinuální a ambulantní psychiatr se stává koordinátorem pacientovy péče – jeho průvodcem v systému psychiatrických služeb i následných zdravotně-sociálních služeb. Mezi **specializovanou psychiatrickou ambulantní péčí**² můžeme v souladu s Psychiatrickou společností ČLS JEP (2008) a Koncepcí oboru psychiatrie (2008), zařadit pracoviště **ambulantní psychiatrické péče pro děti a dorost, gerontopsychiatrické ambulance. Ordinance pro prevenci a léčbu závislostí** se zaměřuje na vyhledávání, podchycení, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, resocializaci, prevenci a registraci osob se vznikající nebo vzniklou závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách, dále se specializuje na **substituční centra a ambulance psychiatrické sexuologie**.

Psychoterapeutické ambulance a centra jsou specializovaná zařízení, která se koncentrují na poskytování psychoterapeutické péče pacientům. Poskytování psychoterapeutické péče je podmíněné specializovaným vzděláním.

Ve výjimečných případech mohou **ambulance v lůžkových psychiatrických zařízeních** fungovat také jako ambulance primární psychiatrické péče nebo specializované psychiatrické ambulance (Koncepce oboru psychiatrie, 2008, Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008).

² **Jiné specializované ambulance** – v rámci psychiatrického ambulantního systému mohou působit i ambulance, které se specializují na léčbu určité diagnostické skupiny či úžeji vymezené poruchy (ambulance pro léčbu depresí, úzkostných poruch, spánkových poruch, poruchy paměti, poruch příjmu potravy atp.) či denní stacionáře.

3.2 Akutní a následná psychiatrická péče

Psychiatrická lůžková zařízení zajišťují akutní i následnou psychiatrickou léčbu a rehabilitaci psychicky nemocných všech věkových kategorií. Psychiatrická lůžková zařízení jsou trojího typu – **psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení nemocnic či samostatná zařízení**. Dle svého typu a možností přijímají pacienty k dobrovolné léčbě, nedobrovolné léčbě i ústavní ochranné léčbě a mají po 24 hodin zajištěnou nepřetržitou psychiatrickou lékařskou službu. Hospitalizují též z nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů osoby k vyšetření duševního stavu pro soudně-posudkové účely (Koncepce oboru psychiatrie, 2008, Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008).

Akutní lůžková psychiatrická péče³ je taková péče, která je poskytována bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci osob, které o tuto péči požádají, nebo psychiatrickou péči odmítají, ale v důsledku duševní poruchy ohrožují sebe nebo své okolí. Psychiatrická akutní lůžková oddělení jsou určena k poskytování psychiatrické péče, kterou nelze poskytnout ambulantně, a při které je potřebný pobyt na lůžku ve zdravotnickém zařízení po dobu nejméně 24 hodin. Psychiatrická léčba je poskytována v nepřetržité provozní době. U nemocných, kteří vyžadují dlouhodobou ústavní léčbu, spolupracují se spádovými psychiatrickými léčebnami (Koncepce oboru psychiatrie, 2008, Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008).

Lůžka následné psychiatrické péče jsou určena pro nemocné, u kterých byl ukončen diagnostický proces, nastavena terapie a stav stabilizován do takové míry, že nevyžadují denní kontrolu lékařem a **těžiště péče se přesouvá do oblasti ošetřovatelství**. Přítomné projevy psychopatologie přitom neumožňují propuštění nemocných do domácího ošetřování nebo zařízení sociální péče.

3.3 Komunitní psychiatrická péče

Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci **lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života**. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komuni-

³ Z hlediska délky pobytu jsou určena pro krátkodobou až střednědobou hospitalizaci pacientů s akutní psychickou poruchou nebo s akutní dekompenzací poruchy chronické. Psychiatrická akutní lůžková oddělení provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování psychických poruch. Poskytují konziliární službu pro ostatní oddělení nemocnice (v případě umístění ve všeobecné nemocnici).

ty, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje **Krizová centra**⁴, která poskytují krátkodobou lůžkovou péči, **Mobilní krizové týmy**⁵ (zahrnující lékaře psychiatra, klinického psychologa a psychiatrickou sestru), poskytující krizovou intervenci, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychoterapii přímo v místě rozvoje krizové situace. **Denní stacionáře**⁶, které slouží pro denní pobyt psychiatrických pacientů a dále **komunitní sociorehabilitační zařízení**, zaměřující se na dlouhodobou rehabilitaci a resocializaci pro dlouhodobě duševně nemocné. Programy denního stacionáře se využívají i jako příprava na zařazení do programů psychiatrické rehabilitace (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2019). **Denní stacionář může být součástí jiného zdravotnického zařízení:** lůžkového zařízení, psychiatrické ambulance, nebo může být kombinován s krizovými službami, případně ambulancí klinického psychologa.

3.4 Kooperující psychiatrická péče

Psychiatrie spolupracuje se zdravotnickými zařízeními mimo svoji oblast, např. s **ordinacemi primární péče, ordinacemi specialistů, klinických psychologů, zařízeními psychoterapeutickými, psychosomatickými centry pro léčbu bolesti, agenturami domácí péče, sdruženími pro chráněné bydlení a chráněné zaměstnávání**. Dále využívá **manželských a předmanželských poraden, pedagogicko-psychologických poraden** a nejrůznějších sociálních služeb. **Ambulance klinického psychologa** je součástí systému ambulantní péče o duševně nemocné (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2019).

Praktický lékař má významné místo v rozpoznávání – detekci duševních nemocí a poruch. Podobně praktický lékař pro děti a dorost spolupracuje se specializovanou psychiatrickou ambulancí pro děti a dorost. Praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost také spolupracuje s ambulancí klinického psychologa (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2019).

⁴ Jako krizová centra se mnohdy deklarují i **zařízení poskytující telefonickou pomoc, poradenství či denní programy** (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2019), avšak tyto služby jsou registrovány u MPSV a nejedná se o zdravotnická zařízení.

⁵ Mohou být kombinovány s činnostmi krizového centra nebo zřízeny jako samostatná služba.

⁶ Program realizuje **tým**, který je **sestaven z lékařů nebo klinických psychologů a zdravotních sester**.

4 REFORMA ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB V OBLASTI PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR

4.1 Transformace psychiatrické péče

Reforma psychiatrické péče představuje zásadní systémovou změnu, a to nejen medicínského oboru psychiatrie, ale celého systému péče o lidi s duševním onemocněním. Jedná se o dlouhodobý proces, který byl zahájen v roce 2012 a podle zkušeností z jiných zemí může probíhat i několik desítek let (srov. např. Pedersen a Kolstad, 2009). V roce 2016 podepsaly Ministerstvo zdravotnictví ČR, zdravotní pojišťovny a Psychiatrická společnost ČLS JEP Memorandum o spolupráci na realizaci **Strategie reformy psychiatrické péče** a zajištění dlouhodobě udržitelného financování psychiatrické péče. Obecným cílem reformy psychiatrické péče je dle Anderse (2017; srov. Winkler et al., 2013) zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských práv.

Za hlavní nástroje reformy psychiatrické péče považuje Anderse (2017) **restrukturalizaci služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících psychiatrickou péči, změnu přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči duševně nemocným**. Základní změnou v systému péče o lidi s duševním onemocněním bude systematické poskytování koordinované, vzájemně propojené péče zaměřené na **zotavení pacienta**. Spolupráce bude podpořena **zavedením multidisciplinárního přístupu**. Důraz bude kladen na primární zdravotní a psychiatrickou péči, aby pracovníci byli schopni zajistit včasnou diagnostiku a léčbu základních duševních poruch. Dojde k výraznému rozšíření komunitní péče.

Ve společnosti jsou lidé s duševním onemocněním často stigmatizováni. Jedním z cílů reformy je také dlouhodobá **destigmatizační kampaň**, která by měla vést ke zmírnění předsudků vůči lidem s obtížemi v oblasti duševního zdraví a ke zmenšení či odstranění překážek v jejich uplatnění ve společnosti a tím ke zlepšení kvality života psychiatrických nemocných (Strategie psychiatrické péče, 2013).

4.2 Koncept zotavení/Recovery

Koncept zotavení/Recovery vznikl v psychiatrickém ošetřovatelství od lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Jde o model zdravotní péče, který podsouvá pacientovi takové chápání sebe sama, které je soustředěné na problém/nemoc. Zotavení pak chápání sebe sama rozšiřuje a tím se nemoc dostává v hierarchii toho, čemu věnuji pozornost, na nižší pozici (Ragins, 2012).

Anthony (1993, s. 11) definuje koncept zotavení/recovery jako „*hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.*“. Zotavení však podle něj nemusí znamenat klinické uzdravení. Člověk může žít spokojený život, aniž by se nutně musel uzdravit ze své nemoci. Každý člověk je jedinečný a záleží také na řadě dalších okolností, např. zkušenostech, temperamentu, charakterových rysech, rodině, přátelích, práci, prostředí. V zotavení hrají klíčovou roli **naděje, převzetí zodpovědnosti a zastávání smysluplných životních rolí**. Podle Raginse (2012, s. 7): „*Základním principem recovery je osobní přesvědčení (jak lidí, kteří trpí duševním onemocněním, tak pomáhajících profesionálů – lékařů, sester, psychologů, sociálních pracovníků atd.), že zotavení je možné, a to -zdánlivě paradoxně - i tehdy, když nemoc, kterou trpím, není léčitelná.*“ Ragins (2012, s. 9) dále uvádí **4 fáze procesu zotavení**, jež zahrnují: **naději, zplnomocnění, odpovědnost za sebe sama a naplnění smysluplné životní role**. Psychiatric Nurse Post Registration Education Programme Standards and Requirements, (2018, s. 19) v souvislosti s konceptem recovery v přístupu psychiatrických sester upozorňuje, že: „*Psychiatrické sestry vytvářejí terapeutické spojení s lidmi, kteří prožívají duševní onemocnění prostřednictvím interpersonálního závazku založeného na zásadách zotavení, osobnosti, inkluze, empatie a obhajoby. Prostřednictvím mezilidského vztahu psychiatrická sestra pomáhá pacientovi najít naději, uzdravení, odolnost a společně budovat intervence a schopnosti člověka, které mají sociální determinanty zdraví a začlenění pacienta do sociálního prostředí. Úlohou sestry je doprovázet nemocného v jeho tísní, krizi a obtížích. Sestra podporuje klienta směrem k pozitivnímu duševnímu zdraví, naději, sociálnímu začlenění, nalezení smyslu ve svých zkušenostech a rozhodnout se pro plnohodnotný život.*“ Psychiatrické sestry tak prokazují kvalifikované hodnocení a práci s lidmi, kteří mají problémy s duševním onemocněním.

4.3 Deinstitutionalizace psychiatrické péče

Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné znamená přechod duševně nemocných pacientů z prostředí ústavní péče do péče komunitní a přispění tak ke změně systému poskytování péče z převážně institucionálního modelu na převažující komunitní způsob péče. Cílem projektu deinstitutionalizace je vytvořit základy pro dostupnou, efektivní a diferencovanou péči pro osoby s duševním onemocněním, a to pomocí součinnosti a vytvoření sítě vzájemně na sebe navazujících služeb pro duševně nemocné a propojení psy-

chiatrické (psychiatrické nemocnice, ambulance, psychiatrická oddělení nemocnic a centra duševního zdraví – CDZ), obecně medicínské, klinicko-psychologické a sociální péče (Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné, 2017). Záměrem je významně snížit podíl dlouhodobé lůžkové péče v psychiatrii a vytvořit podmínky pro přechod významné části pacientů do komunitních forem péče prostřednictvím transformace psychiatrických nemocnic.

Autoři Pedersen a Kolstad (2009, s. 1) se ve svém článku „*De-institutionalisation and trans-institutionalisation – changing trends of in patient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007*“ zabývají procesem deinstitutionalizace psychiatrické péče v Norsku: „*Snižování počtu psychiatrických lůžek započalo v USA a ve Spojeném království v polovině 50. let minulého století. Ve většině západních zemí Evropy tento vývoj získal na dynamice během sedmdesátých let. Velké instituce z 19. století byly uzavřeny nebo zmenšeny a celkový počet lůžek v psychiatrických nemocnicích dramaticky poklesl.*“ Pro období 1950 až 2007 je dle autorů Pedersena a Kolstada (2009) charakteristický odlišný způsob **redistribuce pacienta** v systému zdravotní péče. Důvody pro snižování počtu tradičních psychiatrických institucí jsou, dle autorů, mnohé a různorodé. Jsou spojeny se sociologickými, finančními, farmakologickými, administrativními a v neposlední řadě také právními změnami (Pedersen, Kolstad, 2009). Busfield (1986, s. 484) nahlíží na deinstitutionalizaci jako na důsledek měnícího se zaměření služeb, směrem od dlouhého období péče směrem k akutní léčbě pacientů s méně závažnými problémy. K tomuto posunu přispělo podle něj několik faktorů: „*Nové lékařské postupy a technologie podkopaly podporu tradičních institucí, rozvoj alternativních služeb umožnil žít nemocným mimo instituce, lékař psychiatr chtěl být lépe integrován do systému specializované lékařské péče a navrhovat možnost kratších hospitalizací/pobytů.*“ Snižování počtu lůžek, zejména ve velkých psychiatrických léčebnách, by mělo být doprovázeno postupným navyšováním počtu pacientů léčených v ambulantních službách a v institucích poskytujících komunitní psychiatrickou péči, či péči na menších psychiatrických odděleních anebo dokonce v domácím prostředí pacientů.

Na **Strategii reformy psychiatrické péče** navazuje v současnosti Národní akční plán, který definuje ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (MZ ČR, 2019): „*Strategických cílů reformy psychiatrie, resp. reformy péče o duševní zdraví není možné dosáhnout pouze naplňováním opatření ze strany ministerstva zdravotnictví, jako jejího gestora. Reforma zasahuje nejen oblast zdravotnictví, ale z velké části oblast sociální. Musíme například zajistit bydlení pro deinstitutionalizované osoby s duševním onemocněním v komunitě,*

rozvíjet sociální služby, legislativně a finančně ošetřit zdravotně-sociální pomezí, změnit systém poskytování péče o děti v riziku nebo s již rozvinutými duševními obtížemi, uzpůsobit trh práce a umožnit lidem s duševní nemocí se začlenit zpět do pracovního procesu a také definovat systém péče o potenciálně nebezpečné pacienty a pacienty v ochranné léčbě. Proto je bezpochyby na místě přenést zodpovědnost za plnění opatření a cílů v této oblasti na úroveň vlády, kde ministerstvo zdravotnictví sice bude mít nadále vedoucí koordinační roli, ale musí být podpořeno rovnocenným a plnohodnotným zapojením ostatních resortů a subjektů. “ Vzhledem k úzké spolupráci s WHO v rámci reformy psychiatrické péče i snaze se přiblížit standardu poskytované péče a být v souladu se směřováním zbytku Evropy se akční plán inspiroje dokumentem WHO „*The European Mental Health Action Plan 2013 – 2020*“. Připravený vládní dokument vychází ze sedmi strategických cílů uvedených v dokumentu WHO, které jsou rozpracovány do konkrétních cílů a opatření, které v souladu s potřebou komplexního přístupu k prevenci a péči propojuje s relevantními agendami ostatních resortů. Jedná se o tyto strategické cíle:

- 1) Rovné příležitosti na duševní pohodu (well-being) jsou zaručeny u všech, zejména pak u lidí v riziku a nejvíc zranitelných.
- 2) Lidská práva lidí s obtížemi v duševním zdraví jsou plně respektována, chráněna a podporována.
- 3) Služby v oblasti duševního zdraví jsou dostupné v čase, místě, kapacitně i cenou a jsou k dispozici v komunitě dle potřeby.
- 4) Lidé mají právo na respektující, bezpečnou a efektivní péči.
- 5) Systém zdravotnictví zajišťuje dobrou péči o somatické i duševní zdraví.
- 6) Systém péče o duševní zdraví funguje v dobře koordinované a partnerské spolupráci s ostatními sektory.
- 7) Řízení a poskytování péče o duševní zdraví je založeno na spolehlivých informacích a vědomostech (MZ ČR, 2019, s. 7).

Transformace psychiatrické péče musí být tedy pojata komplexně, znamená nejen postupně se realizující změnu koncepce systému zdravotní péče, včetně efektivnější edukace příjemců zdravotní péče, tedy pacientů a jejich rodinných příslušníků, ale i široké veřejnosti. V neposlední řadě by měla také znamenat aktualizaci obsahu výukových programů budoucích lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků, včetně změn, které se dotknou zejména postgraduálního vzdělávání všeobecných sester v psychiatrickém ošetřovatelství.

5 PSYCHIATRICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Autorky Marková, Venglářová, Babiaková (2006, s. 16) definují pojem duševní zdraví jako „dobrou kondici celé osobnosti, není to jen nepřítomnost duševní poruchy.“ Dále píší, že „duševně zdravý člověk má schopnost přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet. Umí plánovat a plány uskutečňovat. Je schopný podílet se na změnách a vytvářet nové věci. Umí komunikovat, aktivně se zúčastňuje dění kolem sebe. Dobře se adaptuje na nové situace. Poznává se podle citové vyrovnanosti, zvládá vlastní emoce a zároveň se dovede uvolnit. Dokáže pracovat a udržet partnerský vztah.“ Duševní zdraví představuje podle výše citovaných autorek také schopnost přizpůsobovat se situacím a reagovat na ně (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Duševní zdraví je neopominutelnou součástí celkového zdraví člověka, je to stav, který je také zahrnuje **pojem well-being**, tedy stav osobní pohody člověka.

Duševní poruchy, zrovna tak jako další onemocnění a poruchy zdraví, zdravotní problémy a příznaky, jsou kodifikovány systémem označování a klasifikace v **Mezinárodní klasifikaci nemocí a souvisejících zdravotních problémů** (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018). Tato publikace přináší pro naši potřebu dostatečně stručný přehled jednotlivých psychiatrických onemocnění a poruch, s nimiž musí být všeobecná sestra pro péči v psychiatrii v rozsahu svých kompetencí obeznámena a s nimiž se každý, kdo bude v oblasti psychiatrie, např. i v roli supervizora poskytovat kazuistickou supervizi, může setkat. Seznam dle MKN je následující:

- ✓ F 20-29 schizofrenie, schizofrenické poruchy, poruchy s bludy;
- ✓ F 30-39 afektivní poruchy (bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha);
- ✓ F 40-49 neurózy;
- ✓ F 50-59 behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory-např. poruchy příjmu potravy;
- ✓ F 60-69 poruchy osobnosti;
- ✓ F 80-89 poruchy psychického vývoje – specifické vývojové poruchy, pervazivní vývojové poruchy (autismus) atd.;
- ✓ F 90-98 poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci;
- ✓ F 99 neurčená duševní porucha (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018, s. 27.).

Současný společenský vývoj klade před moderní psychiatrii zvláštní problémy a nároky, které předkládám čtenáři ve stručnosti tak, jak je prezentuje Psychiatrická společnost ČLS JEP (2019). V souvislosti se stárnutím populace se zvyšuje počet duševních poruch ve stáří, zvláště demence, zvyšuje se tak počet pacientů, kteří budou v budoucnu vyžadovat specifickou gerontopsychiatrickou péči, avšak spolupráce se sférou sociální není dostatečně koordinována.

Zdraví populace je intenzivněji ohroženo také nadměrnou konzumací alkoholu a dalších návykových látek, na což reaguje samostatný transdisciplinární obor adiktologie, který se zaměřuje na užívání návykových látek, závislostní chování a jejich dopady a souvislosti v praxi. Na tuto nesnáz navazuje např. postupně se rozvíjející síť potřebných preventivních programů, léčebných programů zaměřených na školní prevence a sociální a léčebné péče u uživatele návykových látek.

Oblast péče o pacienty s neurotickými a psychosomatickými poruchami se rozšířila a zčásti přenesla do primární zdravotnické péče, kde hrozí určitá medicinizace, resp. psychiatrizace životních problémů a zdravotních obtíží, a to zvláště při trvalém nárůstu životní zátěže v současné době. Z toho vyplývá, že psychiatrie jako obor spolupracuje na celé řadě závažných celospolečenských problémů, jako je sebevraždnost, návykové choroby, péče o osoby psychicky defektní, nezaměstnanost, násilné jednání duševně nemocných, zaměřuje se na výchovu k psychické odolnosti, prevenci psychických poruch aj. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2019).

5.1 Multidisciplinární týmy

V oblasti psychiatrie, budeme-li hovořit o psychiatrických lůžkových zařízeních, či dalších, výše v textu zmíněných oblastech a zařízeních, poskytujících psychiatrickou péči, bychom neměli opomenout zmínit, že v těchto zařízeních velice často pracují **multidisciplinární týmy**. Multidisciplinární přístup se vyznačuje koordinací a spoluprací pracovníků různých profesí/disciplín a institucí. Tyto týmy mohou být složeny z **psychiatrů a dalších odborných lékařů, klinických psychologů, nelékařských zdravotnických pracovníků, zdravotnických asistentů a praktických sester, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků, sociálních či zdravotně-sociálních pracovníků, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, terapeutů pro léčbu prací a dalších terapeutů (např. arteterapeuti, dramaterapeuti), včetně provozně technických pracovníků**. Ne každý pracovní tým disponuje v zastoupení všemi vyjmenovanými profesemi, jeho složení se mění v závislosti na charakteru poskytované psychiatrické péče a typu zdravotnického zařízení, struktuře cílové sku-

piny, celkovém počtu lůžek aj. aspektech. Multidisciplinární tým⁷ složený z odborníků, kteří mohou ovlivnit kvalitu života duševně nemocných, pracuje společně ku prospěchu konkrétního pacienta. Všichni členové týmu navazující s pacientem kontakt by se měli snažit respektovat pacienta, mít s ním partnerský pozitivní vztah a pružně reagovat na jeho potřeby (Suková, 2005). Členové týmu se pravidelně setkávají, sdílejí informace o potřebách klientů a společně řeší jejich životní situace (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

Klinický psycholog provádí psychologickou diagnostiku, psychologické intervence a podle získané kvalifikace psychoterapeutické léčení osob s psychickými poruchami. Pacienti mají v případě akutních krizí a traumat zajištěn přímý přístup do ambulance klinického psychologa.

Psychiatři a kliničtí psychologové poskytují též odborné konziliární, poradenské případně psychoterapeutické služby a to jednak na nepsychiatrických odděleních a dále úzce spolupracují s lékaři primární psychiatrické péče, se specializovanými ambulancemi, praktickými lékaři a ostatními specialisty.

5.2 Kompetence všeobecných sester pro péči v psychiatrii

Na základě informací Ústavu zdravotnických informací (ÚZIS), zaměřených souhrnně na problematiku poskytování psychiatrické péče v roce 2017, zajišťovalo podle průměrného ročního přepočteného stavu zaměstnanců vykázanou činnost jen na odděleních a pracovištích psychiatrických nemocnic/léčebnách 2 731,84 sester s odbornou způsobilostí podle zákon č. 96/2004 Sb. § 5 - § 21e (ÚZIS ČR, Psychiatrická péče 2017, 2018, s. 39).

Dokument nazvaný „*The Turku Declaration*“ (podrobněji viz. Příloha B.), popisuje specifickou roli sester v péči o osoby s duševním onemocněním (HORATIO, Evropská asociace psychiatrických sester, 2012). Dokument slouží jako základ pro celoevropský rozvoj psychiatrického ošetřovatelství a měl by přispět ke zlepšení péče, která je nabízena osobám s duševním onemocněním. Na procesu tvorby tohoto dokumentu se podílelo 18 profesionálů z oblasti psychiatrické ošetřovatelské péče z celkem 11 evropských zemí. Dokument se týká kompetencí, které sestry pracující v oblasti psychiatrické péče během

⁷ Ministerstvo zdravotnictví je realizátorem projektu z operačního programu Zaměstnanost s názvem Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným. Předmětem projektu je zavedení multidisciplinárního přístupu jako základní metody práce s duševně nemocnými. Nástrojem bude standardizace tohoto přístupu prostřednictvím vytvoření metodiky. Projekt je součástí implementace principů Strategie reformy psychiatrické péče. Projekt zajistí podmínky pro standardizaci multidisciplinárního přístupu v péči o duševně nemocné a zavede ho do praxe zdravotních a sociálních poskytovatelů služeb prostřednictvím podpory metodiků i sdílené dobré praxe. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013)

své praxe vykonávají a v nichž jsou nezastupitelné jinými profesemi. Též definuje základní požadavky na kvalifikaci a celoživotní vzdělávání sester se specializací v péči o duševně nemocné. V dokumentu není opomenuta důležitost výzkumu a rozvoje EBP v psychiatrickém ošetřovatelství.

V současné době jsou v České republice sestry vzdělávány ve studijním oboru Všeobecná sestra (Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Práce sestry na psychiatrii je však zcela odlišná od práce na jiných odděleních, zejména somatického typu.

Sestra pro péči v psychiatrii vykonává činnosti při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta, který má patologické změny psychického stavu činnosti podle § 54, zákona č. 55/2011 Sb. (Zákon č. 55/2011 Sb., s. 513). Dále tato vyhláška specifikuje činnosti, které sestry mohou provádět bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Jedná se o:

- ✓ poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace;
- ✓ koordinování spolupráce mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami, aktivní práci s osobami určenými pacientem, společně vytvářet podmínky pro návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí;
- ✓ sledování chování pacienta z hlediska včasného zachycení nastupující krize;
- ✓ nápomoc s adaptací pacienta na změněné životní podmínky a podpora zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit;
- ✓ psychoterapeutická podpora;
- ✓ vykonávání činností při začleňování pacienta s poruchou duševního zdraví do vlastního sociálního prostředí;

Činnosti, které mohou sestry se specializací pro péči v psychiatrii provádět bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. Jde o:

- ✓ poskytování ošetrovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
- ✓ poskytování ošetrovatelské péči pacientovi, který má patologické změny psychického stavu, vyžadující stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí;
- ✓ sledování dodržování léčebného režimu pacienta, hodnocení známek zhoršování onemocnění, vyhodnocování, zda pacient není nebezpečný sobě nebo svému okolí,
- ✓ informování lékaře, případně zajištění nezbytných opatření pro bezpečnost pacienta a jeho okolí.

Podle terapeutického zaměření a charakteru konkrétního pracoviště může být určitá kompetence, složka v pracovní činnosti sestry akcentována, jako je tomu např. na odd. gerontopsychiatrie, kde je kladen velký důraz na základní ošetrovatelskou péči sestry, ve srovnání např. s oddělením psychoterapeutickým, kde podstatnější část aktivit sestry bude zřejmě zahrnovat psychoterapeutickou podporu ve vztahu k pacientovi.

Sestra by měla být nejen dostatečně manuálně zručná a pohotová při běžných ošetrovatelských výkonech, protože výkony často provádí např. u neklidných, nespolupracujících až agresivních pacientů. Neubauerová (2007,[online][cit. 16. 1. 2013]) uvádí, že *sestra by si měla „udržet přehled o všech pacientech na oddělení, sleduje stavy nálady, příjem stravy, tekutin, postoj k užívání léků, míru neklidu, sociabilitu, denní aktivitu, chování, kvalitu spánku.“* Všechny tyto složky chování pacienta musí sestra sledovat, aby mohla včas odhalit poruchy myšlení, vnímání či přicházející neklid a agresivní chování. To jí umožní přizpůsobit komunikaci s pacientem, popřípadě včas správně zasáhnout. Proto se musí sestra na psychiatrii orientovat v symptomatologii duševních chorob, být schopna správně posoudit symptomy a příčiny určitého chování pacienta, což jí pomůže poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči.

5.3 Všeobecná sestra se specializací v péči o duševně nemocné

Specializovaná způsobilost pro výkon odbornosti Sestra pro péči v psychiatrii není legislativní podmínkou pro práci sestry na psychiatrii, ale vzhledem ke specifickým nárokům, které obor psychiatrie a péče o duševně nemocné na sestru klade, je specializace více než žádoucí (Novotná, 2014). Tento požadavek naplňuje v současnosti⁸ všeobecná sestra absolvováním **modulárního vzdělávacího programu specializačního vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii**⁹ (Nařízení vlády č.31/2010 Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí).

⁸ V září 1997 byl nově otevřen obor Diplomovaná sestra pro psychiatrii pro vyšší zdravotnické školy, a to v Praze, Brně a později v Havlíčkově Brodě. Ve školním roce 2004/2005 obor již nebyl otevřen a studium v oboru Diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách postupně zaniklo.

⁹ Vzdělávací program zajišťuje Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO). Dalšími organizacemi, které nabízejí zájemcům možnost specializačního vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii, jsou např. PN Bohnice, PN Havlíčkův Brod, PN Brno, SZŠ a VOŠZ Havlíčkův Brod, Vojenská nemocnice Olomouc, ÚVN Praha, FN Brno, FN Hradec Králové, FN Ostrava, PL Petrohrad, p. o., Slezská univerzita v Opavě, Zámeček Střelice, p. o., FN Plzeň, Vysoká škola polytechnická Jihlava, Univerzita Pardubice (Seznam udělených akreditací dle NV č. 31/2010, Sb.). Některé instituce zajišťují celý vzdělávací program, jiné pouze praktickou část vzdělávání.

Po úspěšném zakončení specializačního vzdělávání **se rozšiřují činnosti a kompetence, které mohou sestry v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa.** Sestry se specializací v péči o duševně nemocné se spolupodílí na krizové intervenci, zajišťují psychologickou pomoc rodině, mohou realizovat pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů a v neposlední řadě zajišťují psychoterapeutický režim psychiatrických oddělení. Cílem je zajistit, aby absolventka kromě specifických odborných znalostí, dovedností a postojů získala současně kompetence pro hodnocení, kritickou analýzu, strategické rozhodování a řešení problémů, stanovování cílů, týmovou spolupráci, vedení a řízení lidí, efektivní mezilidskou komunikaci nejen s pacientem ale i celým zdravotnickým týmem, dovednost reflexe i sebereflexe, které jsou pro ošetrovatelství zásadní (srov. např. Psychiatric Nurse post Registration Education Programme Standards and Requirements, 2018).

5.3.1 Role a činnost sestry se specializací v péči o duševně nemocné v komunitní péči

Role a činnost všeobecné sestry se specializací v péči o duševně nemocné v komunitní péči je specifická, a vyžaduje také specifickou přípravu sester, vzdělávání¹⁰. Sestra se může v oblasti komunitní péče specializovat. Podmínkou specializace jsou alespoň dva roky praxe na klinickém oddělení a splnění podmínek k výkonu povolání. Studium trvá tři roky a je ukončeno atestační zkouškou. Skládá se z praktické a teoretické části. Sestra si zde mimo základních vědomostí a dovedností osvojí problematiku komunitní péče. V oblasti komunitní péče se potom může sestra zaměřit na oblast péče o rodinu, domácí péči či péči o seniory nebo pracovní prevenci (Věstník MZ ČR).

Práce sestry v komunitních psychiatrických službách se poskytuje nejen v přirozeném prostředí klientů se zaměřením na jejich specifické potřeby s cílem jejich uzdravení nebo zlepšení stavu, ale také např. v **denních stacionářích**, které slouží pro denní pobyt psychiatrických pacientů, a dále v **komunitních sociorehabilitačních zařízeních**. Denní stacionář může poskytovat specializované programy pro určité skupiny psychiatrických nemocných (psychózy, afektivní poruchy, úzkostné poruchy, závislosti, děti a dorost, organické psychické poruchy, osoby s poruchami příjmu potravy). Základním prvkem péče

¹⁰ Cílem specializačního vzdělávání v oboru **Komunitní ošetrovatelská péče** je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Komunitní sestra osvojením si potřebných teoretických znalostí, praktických dovedností, návyků týmové spolupráce i schopnosti samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnou legislativou. Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. specifikuje MZ ČR.

v denních stacionářích je psychoterapeutický program¹¹, který je obvykle kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací dle povahy duševní poruchy. **Psychoterapeutický program** může mít buď **formu denní** (trvá alespoň 6 hodin v jednom dni a je určen pro pacienty, kteří docházejí do denního stacionáře každý všední den), **nebo frakcionovanou** (jednou či vícekrát týdně a trvá alespoň 3 hodiny v jednom dni nebo 4 hodiny v jednom týdnu). (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2019). Psychiatrická sestra v primární péči je samostatnou nositelkou výkonů. V sazebníku výkonů (Seznam zdravotních výkonů, ÚZIS ČR, 2016) je pod odborností 914 – psychiatrická sestra definováno několik výkonů, které může psychiatrická sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádět a vykazovat. Jako členka terapeutického týmu se setra **se specializací v péči o duševně nemocné** účastní také psychoterapeutických aktivit a proto se musí dostatečně orientovat v psychoterapii. Dále sestra musí ovládat metody k získávání údajů, jako jsou pozorování a rozhovor, protože správná technika efektivní komunikace, kladení otázek a naslouchání vede k úspěšné komunikaci mezi sestrou a pacientem (Neubauerová, 2007). Sestra v roli manažera pomáhá s koordinováním a řízením služeb (Edelman, Mandl, 2006), dále pracuje jako konzultantka, poradkyně, komunikátorka a zejména poskytovatelka péče se zaměřením na pacientovy potřeby, především ohledně prevence a léčby, případně na potřeby rodiny pacienta či širší komunity. Tím, že je dokonale seznámena s problematikou cílové skupiny a regionu, může odhalovat rizika, rozvíjet komunitní zdroje. Je nápomocná v prosazování pacientových zájmů a podporuje jeho autonomii (Jarošová, 2007), pozornost zaměřuje na snižování stigmatizace pacientů, spojené s duševním onemocněním.

Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR „**Zdraví pro všechny v 21. století**“ (dále jen Zdraví 21), který byl přijat v roce 2002, se ve svém obsahu cíle č. 6 zaměřuje na oblast a problematiku **zlepšení duševního zdraví**. Dokument Zdraví 21 v oblasti péče o duševní zdraví apeloval na skutečnost, že důležitou roli v péči o osoby s duševní poruchou má hrát primární péče. S tím bezprostředně souvisí i zdravotní výchova, prevence, řízení a návaznost péče (Jarošová, 2007). Péče ve velkých psychiatrických zařízeních a léčebnách musí být postupně nahrazena vyváženou kombinací psychiatrické nemocniční péče a služeb poskytovaných v rámci komunity – komunitní péčí.

¹¹ Program realizuje tým, který je sestaven z lékařů nebo klinických psychologů a sester.

6 PÉČE O ČLOVĚKA S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V PODOBĚ PRÁVNÍCH A ETICKÝCH NOREM, POSTUPŮ A PRAXE

Na základě mnoha, níže v textu autorkou vybraných, pro oblast psychiatrického ošetřovatelství relevantních mezinárodních dokumentů a rovněž právních předpisů legislativy ČR, se **právní předpisy, postupy a praxe** vztahují ke zdravotnicko-právní problematice **právní podpory a ochrany dospělých osob s duševním onemocněním**.

Lidská práva a základní svobody člověka jsou založeny na **úctě k důstojnosti každé lidské bytosti**, což deklaruje základní legislativní dokument s mezinárodní účinností, *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a dále Listina základních práv a svobod ČR (2/1993 Sb.)*; (Wagnerová, 2012). Hlavním motivem v současnosti probíhající reformy psychiatrické péče je důraz na uplatňování, prosazování a naplňování práv lidí s duševním onemocněním, obsažených především v úmluvě OSN „*O právech lidí se zdravotním postižením*.“ (*Convention on the Rights of Person with Disabilities*), zkráceně *CRPD*); (Úmluva OSN, 2006). „*Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně*“, upravuje práva pacientů v souvislosti s medicínou, léčbou i výzkumem. Tato úmluva byla přijata členskými státy Rady Evropy v roce 1997, jménem České republiky byla podepsána ve Štrasburku v roce 1998.

Zásady ochrany duševně nemocných (Principles for the Protection of Persons with Mental illness) přijaté rezolucí Generálního shromáždění OSN číslo 46/119 dne 17. prosince 1991, obsahují celkem 25 zásad ochrany osob trpících duševní poruchou a zásad zlepšování péče o duševně nemocné, které musí být uplatňovány bez ohledu na postižení, rasu, barvu, pohlaví, jazyk, náboženství, politické či jiné názory, národnostní, etnický či sociální původ, právní nebo sociální status, věk nebo majetkové poměry (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 1991).

Světová federace pro duševní zdraví (World Federation for Mental Health; WFMH)¹² přijala v roce 1989 *Deklaraci lidských práv duševně nemocných* (Rezoluce Generálního Shromáždění OSN č. 46/119 z r. 1991 – ZÁSADY OCHRANY DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH). V této deklaraci je např. zdůrazněno, že:

¹² Od roku 1992 Světová federace pro duševní zdraví každoročně slaví 10. října Světový den duševního zdraví, jehož tématem se pro rok 2019 stala prevence sebevražd.

- ✓ duševně nemocný nesmí být v žádné situaci a za žádných okolností považován za vyčleněného z lidské společnosti;
- ✓ s duševně nemocným se musí jednat jako se stejně rovným, i když svým myšlením, chováním a stavem tuto situaci narušuje;
- ✓ práva duševně nemocného se musí chránit ve všech ohledech, i když si jich sám není vědom, nebo nedává najevo, že si jich vědom je;
- ✓ duševně nemocný musí být informován o zdravotním a sociální stavu, o možnostech léčby a nápravy;
- ✓ zdravotnický pracovník musí informovat duševně nemocného o jeho právech, respektovat je a pomáhat k jejich dosažení (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005).

Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů, vydaná Americkou psychiatrickou společností v roce 1992, stanovuje základní práva pacientů hospitalizovaných na psychiatrických odděleních a rozděluje je do několika oblastí:

- ✓ práva denního života;
- ✓ práva na informace;
- ✓ práva týkající se postavení pacienta;
- ✓ práva týkající se psychiatrické a jiné léčby (Listina práv hospitalizovaných pacientů, APA, Washington, 1992).

Mezi další dokumenty týkající se práv pacientů, a to nejen duševně nemocných, patří na národní úrovni ***Kodex práv pacientů*** Centrální etické komise Ministerstva zdravotnictví ČR z roku 1992 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012), který klade důraz na to, aby lékaři či zdravotnický personál obecně, nejednali v rozporu s právy pacienta.

Autoři Lajkep a Prudil (2006, s. 9) shrnují, že v oblasti psychiatrie existují v zásadě tři eticky problémové oblasti a úkoly, kterými jsou:

- 1) „Ochrana pacientů před nevhodným zacházením, neoprávněným zásahem do jejich svobod, včetně soudního posuzování, a před nátlakem;
- 2) Zdůraznění práv pacientů, snaha o to, aby i pacienti s duševním onemocněním (včetně těch se sníženou kompetencí) mohli v co největší možné míře rozhodovat sami o sobě a způsobu svého života;
- 3) Snaha o změnu přístupu společnosti k pacientům s duševním onemocněním, kultivace chování profesionálních vykonavatelů psychiatrické péče, spolupráce zdravotnictví a veřejné správy (administrativa soudů) ve prospěch nemocných“.

V psychiatrii existují specifické a konkrétně definované situace, jako např. problematika nedobrovolné hospitalizace, detence aj., které jsou také vymezeny ve zdravotnicko-právní legislativě (Občanský zákoník, tj. zákon č. 89/2012 Sb., Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů). Např. osobní svoboda člověka je základním právem člověka a svoboda pohybu a právo na osobní svobodu může být také i ve zdravotnickém zařízení dotčeno např. možností používat neoprávněně omezovací prostředky, možností zakázat či omezit pacientovi venkovní vycházky mimo nemocniční oddělení. O některých těchto oblastech práv a svobod pacientů pojednám podrobněji v samostatných kapitolách, níže v textu, neboť i supervizor se s touto problematikou může v rámci supervize setkávat.

Každý člověk je subjektem práv, tedy je způsobilý mít práva. Netýká se pouze osob s duševní poruchou. **Právo na osobní svobodu a svobodu pohybu** se udává v Listině základních práv a svobod, která je obsažena v ústavním zákoně č. 162/1998 Sb. V Listině základních práv a svobod je především chráněno lidské bytí. Jde o hodnoty, které jsou nezbytné pro zajištění důstojnosti člověka a uchování jeho integrity. Omezování osobní svobody je trestný čin. Definuje jej § 171 trestního zákoníku. Zbavení osobní svobody v sobě nese objektivní a subjektivní prvek. Objektivním prvkem je myšleno umístění a uzavření daného člověka do určitého omezeného prostoru po určitou dobu. Subjektivní prvek je i podle Článku 8 Listiny základních práv a svobod absence souhlasu s tímto uzavřením (Wagnerová, 2012).

6.1 Hospitalizace se souhlasem duševně nemocného

Hospitalizace se souhlasem pacienta bývá obvykle na otevřeném oddělení psychiatrického lůžkového zařízení. Pacient, který se chce léčit a zdravotní stav splňuje indikace k hospitalizaci, si vyžádá doporučení od ošetřujícího psychiatra. Pacient poté potvrzuje dobrovolný vstup svým podpisem ve formuláři „Prohlášení o dobrovolném vstupu“ (Příloha C, Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o.). Pacient se tímto podřizuje domácímu řádu oddělení. Má právo hospitalizaci ukončit dle svého uvážení. Nesouhlasí-li lékař s předčasným nebo neuváženým rozhodnutím nemocného, vyžádá si písemný negativní revers. Dojde-li k významnému zhoršení duševní poruchy natolik, že se pacient stane nebezpečným sobě nebo okolí, změní lékař původně dobrovolný vstup na hospitalizaci bez souhlasu pacienta. Změna se hlásí do 24 hodin soudu, v jehož obvodu má dané zdravotnické zařízení sídlo (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, Zákon č. 372/2011 Sb.).

6.2 Hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného

V případech duševních poruch chrání nemocné před sebou samým nebo zdraví a život osob v jeho bezprostředním okolí **nedobrovolná hospitalizace** (Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, resp. § 38, 40). Autorský kolektiv Marková, Venglářová, Babiaková (2006) upozorňuje, že pacienti si nejsou vždy vědomi své duševní poruchy, nemají na ni kritický náhled, z tohoto důvodu se nemohou vždy kvalifikovaně rozhodnout, zda se budou či nebudou léčit. V těchto případech jsou pacienti hospitalizováni v lůžkových zařízeních bez svého souhlasu, avšak i v těchto situacích musí být dodrženy zákonné podmínky. Zdravotnické zařízení musí oznámit do 24 hodin soudu, v jehož obvodu má sídlo, převzetí každého, kdo byl v něm umístěn bez svého písemného souhlasu. Soud musí do 7 dnů ode dne, kdy došlo k **omezení volného pohybu** nebo styku nemocného s okolním světem, rozhodnout o přípustnosti převzetí takového občana a stanovit délku zadržení v zařízení. Rozhodnutí učiní soud po výslechu zadrženého, ošetřujícího lékaře, bez znaleckého důkazu psychiatrického. Usnesení o nedobrovolné hospitalizaci je doručeno umístěnému pacientovi, opatrovníkovi a ústavu/zdravotnickému zařízení. Svévolné opuštění lůžkového psychiatrického zařízení nedobrovolně hospitalizovaných pacientů se oznamuje místnímu oddělení Policie ČR.

6.3 Ochranná léčba

Ochrannou léčbu (dále jen OL)¹³ nařizuje soud na doporučení soudních znalců, pokud duševní porucha snížila pacientovu schopnost rozpoznat společenskou nebezpečnost svého jednání nebo snížila schopnost své jednání v době trestného činu ovládat. Léčba je zahájena v krátké době po trestném činu. Většina ochranných léčeb probíhá ve zdravotnických zařízeních. Ochranné léčení trvá tak dlouho, dokud to vyžaduje jeho účel. O propuštění z ochranného léčení rozhoduje soud. Druhy ochranného léčení jsou – psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické, případně jejich kombinace, to vše ve formě ústavní neb ambulantní. Ochranné léčení je vzájemně prostupné s institutem zabezpečovací detence, což je další druh ochranného opatření. Odsouzenému může být na zákla-

¹³ **Ochranné léčení upravují zejména tyto právní předpisy:**

Trestní zákoník (zákon č. 40/2009 Sb.) stanovuje v § 99 zákona důvody uložení a trvání OL a podmínky ukončení OL, přeměny na OL ambulantní nebo zabezpečovací detenci.

Trestní řád (zákon č. 141/1961 Sb.) upravuje v § 351 – § 353 způsob nařízení, popisuje proces změny z ambulantní na ústavní formu (a naopak), změnu na zabezpečovací detenci, upuštění od OL a ukončení OL.

Zákon o soudnictví ve věcech mládeže (zákon č. 218/2003 Sb.) specifikuje výše uvedené u nezletilých.

Občanský zákoník, tj. zákon č. 89/2012 Sb.

dě soudního rozhodnutí změněno ústavní ochranné léčení na zabezpečovací detenci a naopak (srov. Švarc et al., 2018).

6.4 Zabezpečovací detence

Zabezpečovací detenci¹⁴ lze uložit dle Trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. § 100 pachateli, u něhož ochranné léčení není dostatečnou ochranou společnosti. Soud může uložit zabezpečovací detenci osobě pachatele s přihlédnutím k jeho dosavadnímu životu a jeho poměrům i tehdy, jestliže pachatel spáchal zločin ve stavu vyvolaném duševní poruchou, jeho pobyt na svobodě je nebezpečný a nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti. Podle Trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. § 100 může soud též uložit zabezpečovací detenci pachateli, který se oddává zneužívání návykové látky, znovu spáchal zločin, ač již byl pro zločin spáchaný pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody nejméně na dvě léta, a nelze očekávat, že by bylo možné dosáhnout uložením ochranného léčení dostatečné ochrany společnosti, a to i s přihlédnutím k již projevenému postoji pachatele k ochrannému léčení. Zabezpečovací detenci může soud uložit samostatně, při upuštění od potrestání, anebo i vedle trestu. Byla-li zabezpečovací detence uložena vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody, vykoná se po výkonu nebo jiném ukončení trestu odnětí svobody. Byl-li uložen nepodmíněný trest odnětí svobody v době výkonu zabezpečovací detence, její výkon se na dobu výkonu takového trestu odnětí svobody přerušuje. Po skončení výkonu trestu se pokračuje ve výkonu zabezpečovací detence. Zabezpečovací detence se vykonává v ústavu pro výkon zabezpečovací detence se zvláštní ostrahou a s léčebnými, psychologickými, vzdělávacími, pedagogickými, rehabilitačními a činnostními programy. Zabezpečovací detence trvá, dokud to vyžaduje ochrana společnosti. Soud nejméně jednou za dvanáct měsíců a u mladistvých jednou za šest měsíců přezkoumává, zda důvody pro její další pokračování ještě trvají.

Zabezpečovací detenci může soud změnit dodatečně na ústavní ochranné léčení, pominou-li důvody, pro něž byla uložena, a jsou současně splněny podmínky pro ústavní

¹⁴ **Zabezpečovací detence upravují zejména tyto právní předpisy:**

Trestní zákoník č. 40/2009 Sb., § 100 zabezpečovací detence.

Zákon č. 129/2008 Sb., zákon o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů. Tento zákon upravuje výkon zabezpečovací detence v ústavech pro výkon zabezpečovací detence.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

ochranné léčení. Od výkonu zabezpečovací detence soud upustí, pominou-li před jejím započítáním okolnosti, pro něž byla uložena (Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. § 100).

6.5 Omezovací opatření u pacienta s duševním onemocněním

Psychiatrická praxe se i v dnešní době humanizace a transformace psychiatrické péče někdy neobejde bez **omezení pacienta na svobodě**, včetně jeho omezení fyzického. „S ohledem na možnost zneužití a špatného zacházení bylo a stále je používání různých typů omezovacích prostředků vůči psychiatrickým pacientům vždy předmětem zvláštního zájmu¹⁵. Omezovací prostředky by vždy měly být použity v souladu se zásadami legality, nezbytnosti, přiměřenosti a odpovědnosti.“ (CPT, 2017, s. 1)¹⁶. Všechny typy omezení a pravidla jejich použití jsou upravena zdravotnickou legislativou. MZ ČR v roce 2018 vydává ve Věstníku již třetí Metodické opatření č. 4/2018, obsahující Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta (MZČR, 2018, s. 2-6). V roce 2017 proběhla novelizace Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Do § 39 byla výslovně zakotvena zásada subsidiarity použití omezovacího prostředku a povinnost poskytovatele nejprve vyzkoušet méně restriktivní postup. Dále byla upřesněna dokumentační povinnost a byla zavedena povinnost poskytovatelů vést statistiku.

Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování definuje podmínky použití omezujících prostředků (2011, s. 4753): „*Omezení volného pohybu pacienta použitím omezovacího prostředku při poskytování zdravotní péče (dále jen „omezení pacienta“)* za účelem odvrácení hrozby bezprostředního ohrožení života, zdraví, nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, je nutno považovat za krajní řešení a lze k němu přistoupit pouze po dobu, po kterou důvody omezení pacienta trvají“.

Věstník MZ ČR č. 4/2018 specifikuje druhy omezovacích opatření, které se mohou použít k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb. Jedním z omezovacích opatření je **fyzické omezení** zprostředkované **úchopem pacienta zdravotnickými pracovníky** nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem zdravotních

¹⁵ Od roku 2006 plní veřejný ochránce práv úkoly národního preventivního mechanismu podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (<https://www.ochrance.cz/zakon-o-verejnem-ochranci-prav>).

¹⁶ Autor Petr (2018, s. 4) v Souhrnné zprávě, její 4. části za účelem shrnutí dat z evidence omezovacích opatření uvádí: „Používání omezovacích prostředků bylo za 6 sledovaných měsíců (1. 1. 2018 do 30. 6. 2018) použito u více než 2 600 pacientů. Přibližně 70% všech omezení v psychiatrických nemocnicích se odehrává na akutních/příjmových odděleních. Nejvíce využíváno je omezení pomocí kurtů, následuje uzamčení v bezpečné místnosti, síťové lůžko a ochranný kabátek.“

služeb či použitím **chvatů**, použitím **mechanického omezení** pacienta v pohybu za pomoci **ochranných pásů nebo kurtů**, umístění pacienta v **ochranném lůžku, míněno je síťové lůžko**, umístění pacienta v **místnosti určené k bezpečnému pohybu/izolace**, **ochranný kabátek nebo vesta** zamezující pohybu horních končetin pacienta, **psychofarmaka**, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy, nebo **kombinaci** prostředků uvedených výše.

Za účelem minimalizace použití omezovacích prostředků na nejnižší možnou míru jsou vymezena přesná pravidla jejich použití, dokumentace i kontroly (srov. např. Baudiš et al., 2010). S použitím omezovacích opatření souvisí i povinnosti, které je poskytovatel zdravotní péče povinen zajistit, aby pacient, u kterého je omezovací prostředek použit, byl s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně informován o důvodech použití omezovacího prostředku. Zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta musí být o použití omezovacích prostředků bez zbytečného odkladu informován. Pacient po dobu použití omezovacího prostředku musí být pod dohledem zdravotnických pracovníků. Tento dohled musí odpovídat závažnosti zdravotního stavu pacienta a zároveň musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození zdraví pacienta.

Použití omezovacího prostředku musí indikovat vždy lékař. Ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný nelékařský zdravotnický pracovník, který je přítomen. Lékař však musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení. Každé použití omezovacího prostředku, včetně důvodu jeho použití, musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování). Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání doporučuje ve svých revidovaných standardech po ukončení omezení provést s pacientem rozhovor (angl. *debriefing*), s cílem vysvětlit důvody tohoto opatření, zmírnit psychické trauma z tohoto zážitku a obnovit vztah mezi zdravotníkem/lékařem a pacientem (CPT, 2017, s. 4).

Poskytovatel zdravotní péče je povinen vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků, která obsahuje souhrnné údaje o počtech případů použití omezovacích prostředků za kalendářní rok, a to pro každý omezovací prostředek zvlášť. Použití omezovacího prostředku se zaznamenává do centrální evidence nejpozději do 60 dnů ode dne jeho použití (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování).

V tom, jaké omezovací prostředky bývají používány, jsou v jednotlivých zařízeních značné rozdíly. Roli zřejmě hraje materiálně technické vybavení a zvyklosti jednotlivých nemocnic/oddělení. Parenterální podávání psychofarmak za účelem zklidnění pacienta patří dle zákona č. 372/2011 Sb. mezi omezovací opatření. Ze získaných dat vyplývá, že evidence tohoto omezovacího opatření není v mnoha zdravotnických zařízeních vedena (Petr, 2018). Každé psychiatrické zařízení by také mělo mít komplexně zpracovaný soubor pravidel používání omezovacích prostředků, měl by existovat nejen ošetrovatelský standard péče, ale také např. pravidelné a systematické školení pro zdravotníky v deeskalaci nebezpečných situací.

6.6 Svěprávnost a rozhodování osob s duševní poruchou

Svěprávnost je právní koncept, který upravuje problematiku právního jednání osob, které mohou potřebovat podporu při rozhodování a právním jednání. Možnost rozhodovat se a mít tak kontrolu nad svým životem je nepostradatelná pro každého. **Podpora** při rozhodování a právním jednání může být poskytována v rámci formálního i neformálního uspořádání pomoci (Občanský zákoník č. 89/2012 Sb.). Potřebuje-li člověk nápomoc při rozhodování, protože mu v tom duševní porucha působí obtíže, třebaže nemusí být omezen ve svěprávnosti, může si s podpůrcem ujednat poskytování podpory; **podpůrců** může být i více, dle § 45 občanského zákoníku č. 89/2012 Sb.

K omezení svěprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka, jehož se to týká, po jeho zhlédnutí a s plným uznáváním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti. Přitom musí být důkladně vzaty v úvahu rozsah i stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti. Omezit svěprávnost člověka lze jen tehdy, hrozila-li by mu jinak závažná újma a nepostačí-li vzhledem k jeho zájmům mírnější a méně omezující opatření. (§ 55) Omezit svěprávnost člověka může jen soud. Soud vyvine potřebné úsilí, aby zjistil názor člověka, o jehož svěprávnosti rozhoduje, a to i za použití takového způsobu dorozumívání, který si člověk zvolí. Dle § 57 občanského zákoníku č. 89/2012 Sb. soud může omezit svěprávnost člověka v rozsahu, v jakém člověk není pro duševní poruchu, která není jen přechodná, schopen právně jednat, a vymezí rozsah, v jakém způsobilost člověka samostatně právně jednat omezil.

V rozhodnutí o omezení svěprávnosti jmenuje soud člověku **opatrovníka**. Při výběru opatrovníka přihlédne soud k přáním opatrovance, k jeho potřebě i k podnětům osob opatrovanci blízkých, sledují-li jeho prospěch, a dbá, aby výběrem opatrovníka nezaložil nedůvěru opatrovance k opatrovníkovi (§ 63 občanského zákoníku č. 89/2012 Sb.). **Opa-**

trovníkem nelze jmenovat osobu nezpůsobilou právně jednat nebo osobu, jejíž zájmy jsou v rozporu se zájmy opatrovance, ani provozovatele zařízení, kde opatrovanec pobývá nebo které mu poskytuje služby, nebo osobu závislou na takovém zařízení (§ 64 občanského zákoníku č. 89/2012 Sb.). Rozhodnutí o omezení svéprávnosti nezabavuje člověka práva samostatně právně jednat v běžných záležitostech každodenního života.

6.7 Způsobilost k právním úkonům

Svéprávnost (způsobilost k právním úkonům) podle § 4 odst. 1 občanského zákoníku č. 89/2012 Sb., znamená **způsobilost nabývat práv a brát na sebe povinnosti vlastními úkony**, např. činit pracovně právní kroky, právo volit, držet zbraň, hospodařit se svým majetkem a penězi, jednat s úřady nebo soudy. V plném rozsahu vzniká zletilostí, tj. dovršením osmnáctého roku jako každý jiný člověk, je i člověk s duševním onemocněním odpovědný v případě porušování práv, a to včetně odpovědnosti trestní či správní, pokud tyto nejsou vlivem duševní poruchy sníženy. Marková, Venglářová (2006) uvádějí duševní poruchy, které vedou nejčastěji ke zbavení způsobilosti k právním úkonům, a řadí k nim např. schizofrenii, trvalé poruchy s bludy, schizoafektivní poruchy, Alzheimerovu demenci, vaskulární demenci, Parkinsonovu chorobu, duševní poruchy a poruchy vyvolané psychoaktivními látkami dlouhodobého charakteru a mentální retardace. Mezi duševní poruchy nejčastěji vedoucí k omezení způsobilosti k právním úkonům řadí autorky duševní poruchy postihující jen některé složky osobnosti a jednání nemocného, lehký stupeň mentálního handicapu, závislost na alkoholu nebo drogách, výjimečně paranoiu.

Řízení o způsobilosti k právním úkonům¹⁷ probíhá podle občanského soudního řádu. Podnět na zahájení řízení o způsobilosti k právním úkonům může podat zdravotnické zařízení, státní orgán, orgány sociální péče nebo procesně způsobilá osoba¹⁸. Duševní stav určené osoby posuzuje soudní znalec – psychiatr, poté soud o způsobilosti k právním úkonům rozhodne. Osoby zbavené nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům mají **soudem určeného opatrovníka**. Pokud pominou důvody zbavení nebo omezení k právním úkonům, soud své rozhodnutí zruší nebo změní. Návrh ve věcech svéprávnosti, zejména přiznání plné svéprávnosti, může podat i osoba, jíž se řízení týká. Z hlediska ochrany práv této osoby je důležité, že soud ustanoví opatrovníka pro řízení, avšak posuzovaný si může

¹⁷ Svěprávnost je občansko-právní pojem a nesouvisí s trestně-právním pojmem přičetnost. Přičetnost a z toho plynoucí trestní odpovědnost je posuzována v trestním řízení pro každý trestný čin bez ohledu na svéprávnost.

¹⁸ Místní příslušnost soudu je dána bydlištěm osoby, o jejíž svéprávnosti se v řízení jedná. Je-li však osoba umístěna v zařízení zdravotní nebo sociální péče, pak je příslušný soud, v jehož obvodu ústav leží.

sám zvolit zmocněnce, který jej bude při řízení zastupovat. Člověka lze pouze omezit (při vážné duševní poruše) a nikoliv trvale zbavit svéprávnosti, a to jen na dobu maximálně 3 let a to pouze z rozhodnutí soudu. Soud také v rozsudku určí, do jaké míry má být tento člověk ve svém rozhodnutí omezen a toto rozhodnutí zdůvodní.

Informovaný souhlas je formou informovaného rozhodnutí, kterým daná osoba vyjadřuje souhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Pacient, který uděluje tento souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, musí být způsobilý k udělení takového souhlasu, pokud má být souhlas považován za platný. Podmínky **poskytnutí informovaného souhlasu** v českých podmínkách upravuje např. §34 zákona o zdravotních službách (372/2011 Sb.).

Nedotknutelnost osoby je v rámci hospitalizace pacienta s duševním onemocněním velice podstatným právem, neboť znemožňuje **zásahy do tělesné integrity** hospitalizovaného pacienta, jež nejsou podloženy jeho informovaným souhlasem. Míra respektu k pacientově svobodné vůli při poskytování zdravotních služeb a obecný rámec ochrany jeho základních práv a svobod, může být také omezena (Hendrych, 2018). **Úmluva o lidských právech a biomedicíně** (článek 7) definuje ochranu osob s duševní poruchou: „*V souladu s podmínkami stanovenými zákonem na ochranu těchto osob včetně právní úpravy pro dohled, kontrolu a odvolání, může být osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy, pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví.*“ (Sbírka mezinárodních smluv č. 96/2001 Sb. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně). Na tuto skutečnost upozorňuje např. také např. Hosák (2007, s. 148), když píše, že „*právní problematika je v psychiatrii oproti jiným oborům medicíny závažnější, jelikož duševní nemoc postihuje svobodnou vůli člověka a jeho zodpovědnost za vlastní jednání, činí jej zranitelnějším vůči zneužívání a bezpráví, a také schopnost prosazovat vlastní práva je snížena.*“

6.7.1 Práva, týkající se zdravotnického prostředí a přístupu personálu

Respekt k **osobní nezávislosti** a samostatnosti lidí s postižením, včetně **svobody volby**, je jedním z principů **Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením**. Práce sestry s psychiatrickými pacienty se výrazně liší od práce s pacienty na jiných standardních odděleních zdravotnického zařízení. Je velice důležité, aby sestra dokázala navázat blízký vztah s pacientem a získala jeho důvěru (Malá, Pavlovský, 2010). Sestra musí být pro pacienta oporou v jeho těžkých obdobích. Důležité je také, aby pacient i jeho rodina měli

dostatek informací o hospitalizaci, proto je sestra musí důkladně seznámit se specifickým režimem na oddělení a nejdůležitějšími pravidly, které by pacient měl dodržovat. Problematiku **vnitřních řádů psychiatrických nemocnic**, jakožto dokumentu, v němž jsou mj. upravena práva a povinnosti jak pacientů, tak zdravotnického personálu, analyzoval ve své diplomové práci např. Hendrych (2018).

6.8 Etické principy péče o duševně nemocné a vztah zdravotník/sestra – pacient v psychiatrickém ošetřovatelství

V klinické praxi by se však nemělo jednat pouze o formální uznání práv s duševním onemocněním, ale tato práva by měla být v klinické praxi také skutečně implementována a dodržována všemi zdravotníky. Také z tohoto důvodu existuje nejen **zdravotnická etika**, ale také např. **Institut veřejného ochránce práv/Ombudsman**, podle zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, což je osoba, která je státem pověřena řešit stížnosti jednotlivců na jednání veřejné správy, je oprávněna upozorňovat na nesprávné/neetické jednání či protiprávnost, chrání osoby před jednáním úřadů a dalších institucí, pokud je toto jednání v rozporu s právem, neodpovídá principům demokratického právního státu a dobré správy nebo pokud jsou úřady nečinné.

Příkladem nevládní organizace, která se zaměřuje na zlepšení kvality života a prosazuje v české společnosti lidská práva za pomoci výzkumu, vzdělávání, vedení strategických případů právní cestou, předkládání argumentů a řešení je **Liga lidských práv**. Liga je členem **Mezinárodní federace lidských práv** založené v roce 1922 v Paříži (Liga lidských práv, 2008).

Etickým tématům v kontextu psychiatrické péče se z pohledu profesní etiky v ČR dlouhodobě věnuje několik autorů, např. Baudiš, Libiger, 2002; Haškovcová, 2002; Munzarová, 2005; Papežová, 2011 aj. Minimální odbornou úroveň poskytované péče zajišťují pacientovi např. Standardy ošetřovatelské péče jednotlivých zdravotnických zařízení. Profesní etické chování sestry vymezuje **Etický kodex sestry**.

V klinické praxi jsou mnohdy stále ještě častěji upřednostňovány odborné aspekty péče na úkor aspektů etických. Sestry, pracující v oblasti psychiatrického ošetřovatelství jsou tak konfrontovány častěji, než v jiných oblastech poskytování ošetřovatelské péče, se situacemi, které souvisejí s **problematikou profesní etiky**. Mohou zde nastat okolnosti, kdy je rozpor mezi tím, co zdravotníci pro pacienta dělají (diagnostické i terapeutické metody a postupy) a tím, co pacient považuje v dané chvíli za potřebné, žádoucí, např. pro-

blematika nedobrovolné hospitalizace, nedobrovolné léčby, užívání omezovacích prostředků aj. (podrobněji viz v textu kapitoly 5.5).

Z pozic tzv. **etického principializmu**, by se sestra, zrovna tak jako každý zdravotník, měla řídit níže uvedenými základními etickými principy, které definovali američtí bioetici Beauchamp a Childress a mezi něž patří:

- ✓ **Princip nonmaleficence/neškození**, který zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné;
- ✓ **Princip dobře činní/beneficence**, který představuje pozitivní dimenzi neškození: předcházet poškození, odstraňovat je a současně podporovat dobro, tzn. tělesnou a duševní pohodu a veškerý prospěch pro nemocného, včetně pomoci při uskutečňování jeho vlastních plánů;
- ✓ **Princip respektu k autonomii**, tzn. respekt ke stavu nezávislého, samostatného jednání bez zevního ovlivnění;
- ✓ **Princip spravedlnosti**, který má souvislost s rozdělováním zdrojů pro nemocné. Jedná se především o distribuci zdravotnických služeb a dostupnost péče. (Munzarová, 2005).

Etický přístup sestry k pacientovi s duševním onemocněním je výslednicí rovnováhy mezi prospěchem a reálnými riziky léčby a hledání nejlepších zájmů pacienta je každodenní praxí zdravotníka.

6.8.1 Vztah zdravotník/sestra – pacient v psychiatrickém ošetřovatelství

Podle Venglářové (2008, s. 97) se vztah v pomáhajících profesích ukazuje jako: *„Základní pole, na němž se realizuje sama práce – nejen že klienta pozitivně motivuje ke spolupráci, ale také mu dodává kladnou zkušenost s druhými lidmi.“*

V pomáhajícím vztahu se od pracovníka očekává emocionální angažovanost, autenticita, zesílené altruistické a prosociální chování. Dalšími aspekty, jimiž jsou **komunikace, hranice a moc**, utváří podobu jakéhokoli vztahu. Jedná-li se o vztahy primární rodinné, přátelské, profesní, či stěžejní pomáhající – a tedy i supervizní vztahy – se velkou měrou, dle Kopřivy (2016), podílí na vytvoření jasného, důvěrného vztahu, na jehož základě, zřejmosti a srozumitelnosti oběma aktérům, může teprve dojít k **vybudování osobního meziaktérského vztahu**.

6.8.2 Hranice v pomáhajícím vztahu

Hranice v pomáhajícím vztahu by měly být, jak apeluje Mátel (2010), jasně stanovené, neměly by být dvojznačné – tzn., neměla by existovat víceznačná pouta, čímž jsou

myšleny další vztahy (např. partnerské, rodinné, sexuální, podnikatelské aj.), které existují vedle primárně účelného profesionálního vztahu. Tyto další **vztahové vazby** mohou totiž velmi intenzivně ovlivňovat cílenou pomoc, adekvátní posouzení aktuálního stavu klienta a zastříť profesně vymezenou hranici mezi pomáhajícím profesionálem – sestrou a klientem. Zmiňovaná situace může mít potenciálně vliv např. na odborné posudky (a jejich zkreslení) vydané ovlivněným pomáhajícím profesionálem, může vést ke **zneužití klienta** či **způsobovat střet zájmů** (Mátel, 2010). Dalším problémem, se kterým se může pomáhající profesionál – sestra v pomáhajícím vztahu dle Kopřivy (2016) potýkat a který může vyvstat, je **splývání hranic**, které je založeno na soucitu. Také z tohoto důvodu je pro pomáhajícího profesionála obecně – psychiatrickou sestru důležité umět rozlišovat mezi empatií (tj. vcí-
těním, kdy sestra zachycujeme rozpoložení druhého, ale zároveň dovede zůstat sama sebou) a soucitem (tj. ztotožněním se s druhým).

Praško (2011, s. 144) definuje sebereflexi jako: „*Nejdůležitější schopnost terapeuta a supervizora je vědomé rozpoznání vlastních emocí, citů, myšlenek či postojů, schopnost je sledovat a průběžně si je uvědomovat.*“ Autoři Thwaites, Bennett-Levy (2007, s. 591-612) podotýkají, že „*v sebereflektivním uvědomění mysl pozoruje a zkoumá veškeré zážitky, včetně emocí a tělesných reakcí.*“ Podle Hoffarta (2007, s. 178) se „*znalost vlastních reakcí stává základem pro nezávislost a znalost vlastních hranic, regulaci vlastní nálady. Sebereflexe je obzvláště důležitá při práci se složitými pacienty.*“ Předpokladem efektivní sebereflexe je pozornost zachovávající **neutrální postoj pozorovatele**. Podle Novotného (2011, s. 145) je „*uvědomování si vlastních vnitřních zážitků základní dovednost, ze které pak vyrůstají jak další dovednosti, tak znalosti a postoje.*“ Patří sem **uvědomování si své role, rozpoznání přenosu a protipřenosu, emoční sebeovládání a kontinuální rozvoj**.“ Zdravotníci, a tedy i sestry, které dobře rozumějí svým vnitřním myšlenkám v průběhu setkání s pacienty a během poskytování komplexní péče, se dokážou lépe rozhodovat, odlišit vlastní potřeby od potřeb pacienta, dokážou porozumět přenosu i svému protipřenosu¹⁹,

¹⁹ Popis přenosu a jeho mechanismu je zřejmě jedním z nejpozoruhodnějších odkazů psychoanalýzy. Přenos znamená v psychoanalytickém pojetí nevědomé a nutkavé opakování infantilních přání a vztahů vycházejících z libida vůči otci a matce, v pozdějších situacích, konkrétně ve vztahu k terapeutovi. Pojem „přenos“ byl používán ve filosofii už Kantem a Fichtem, ale v psychiatrii se rozšířil díky Sigmundu Freudovi po r. 1895. Nyní se používá spíše v širším smyslu pro nerealistické opakování jakýchkoli emočně podbarvených vztahů a zkušeností z životní historie dotyčného v jeho vztazích současných. Nejde tedy jen o události z dětství, jen o vztahy vůči rodičům, jen sexuální podbarvené a jen vůči terapeutovi. Přenos může být negativní (neshoda, odpor, až nenávisť nemocného vůči analytikovi) a pozitivní (pasivní, závislé, obdivné, až erotické postoje k terapeutovi). U pacientů s nízkým sebehodnocením se může rozvinout přenos idealizující, kdy dotyčný vidí v analytikovi moudrost, sílu, rozhodnost, znalosti, až všemohoucnost („pánaboha“), tedy to, co u sebe postrádá, a co si v zidealizované kvalitě promítá do milovaného guru a tím stabilizuje svůj

pracovat se svými city tak, aby odpovídaly aktuální situaci, nejlepším zájmům klienta a jsou schopné zvážit optimální reakci v každém okamžiku (Orchowski, Evangelista, 2010; Praško, 2011).

Schopnost sebereflexe také prohlubuje schopnost vnímavosti k vnitřnímu hnutí druhých lidí, podněcuje altruismus, zvyšuje naladění na subtilní projevy toho, co druzí chtějí nebo potřebují (Možný, 2011). Podle Praška (2011) může nácvik pozornosti k vlastním emocím a schopnosti sebereflexe zlepšit schopnost rozpoznat vlastní nepohodu a předejít tak negativnímu vlivu na klienty. Praško (2011) považuje nácvik sebereflexe za důležitý, protože je to dovednost, která pomáhá rozvinout také kritické myšlení a etické rozhodování. Všechny tyto dovednosti je možné podpořit, rozvíjet a kultivovat v supervizi, neboť jak upozorňuje Milne (2008, s. 780): „*Obecná schopnost sebereflexe se zvyšuje v průběhu supervize.*“

Motschnig, Nykl (2011, s. 34) upozorňují, že „*pokud se tedy účastníkům v procesu pomáhajícího vztahu (i komunikace) daří budovat základní podmínky, tj. **autenticitu a transparentnost** (tzn. projevovat své vlastní reálné pocity), **respekt a** (bezpodmínečné) **přijetí druhého jako svébytné lidské bytosti, empatii** (tzn. schopnost nahlížet na druhého a jeho situaci jeho očima), pak dochází k žádoucí integritě a efektivní spolupráci obou.*“ Dále připomínají (ibidem), že „*klientovi vztah poskytující souhrn těchto aspektů může dopomoci k **aktivizaci, samostatnosti, ke schopnosti sebevyjádření a vnímavosti vůči druhým, uvědomění a pochopení potlačovaného, nabytí sebevědomí, náhledu na vlastní osobu z jiné perspektivy, čímž se snadněji uschopní ve vypořádávání se se sociální ztrátou, tj. problémem, situací, se kterou jakožto zakázkou vstoupil do pomáhajícího procesu.***“

Komunikace se stává nástrojem pro vytváření pozitivního vztahu a nedílnou součástí profesních kompetencí sestry. Prosociální komunikace, která je zároveň specificky zaměřená k individuálnímu klientovi s diagnózou duševní nemoci (či cílové skupině) a případu, by ze strany sestry měla být vysoce eticky vedená díky klientově citlivosti a zranitelnosti a měla by vycházet z obecně daných pravidel a zásad jednání s klientem (Jankovský, 2003).

vlastní narcismus. Také se někdy upozorňuje na přenos zrcadlový, kdy dotyčný si udržuje sebeúctu prostřednictvím obdivu k jiným osobám. Takový jedinec využívá svého analytika jako zrcadla, jako potvrzení své vlastní ceny. Jako protipřenos se označuje podobný mechanismus, ale rozvinutý ze strany terapeuta (pacientka mu nevědomky připomíná herdek babu domovnici, co ho sužovala v dětství, a podle toho s ní také zachází). Přenos i protipřenos lze vůlí ovlivnit, ale dá to práci a vyžaduje to nejen uvědomění si těchto mechanismů, ale i jistý nácvik (Höschl, 2003, str. 15).

6.8.3 Moc v rámci vztahu zdravotník/sestra – pacient v psychiatrickém ošetřovatelství

Kopřiva (2016, s. 40) upozorňuje, že „*problematika moci je právem považována za jeden z nejdůležitějších aspektů práce s klienty v pomáhajících profesích obecně.*“ Aspekt moci totiž významně formuje a ovlivňuje proces spolupráce a budování vztahu s klientem. Kopřiva (2016) rozlišuje **moc institucionálně přidělenou** a **moc vzniklou v rámci vztahu pomáhání**. Pomáhající pracovníci musí chtít nechtít určité (byť nemilé) pravomoci v rámci své profese vykonávat a uplatňovat a vyvažovat zároveň podpůrnou i kontrolní funkci. Autorita pomáhajícího pracovníka, která na sebe váže moc, předpokládá jeho odbornost (vzdělanostní, zkušenostní, informační); (Kopřiva, 2016). **Institucionálně přidělená moc** se váže k právu pomáhajícího rozhodovat ve věcech, úkonech a intervencích, které mohou klientovi pomoci, ale také ublížit.

Totální instituce je sociologický termín, který do sociologie zavedl americký sociolog kanadského původu **Erving Goffman**. Označuje jím instituce, v nichž jsou všechny stránky života sociálního aktéra podřízeny a řízeny pravidly platnými v těchto institucích. Jedinci tu jsou po dlouhou dobu izolováni, jejich individualita je potlačována a jejich životy jsou řízeny vedením těchto organizací (Ritzer, 2005). Goffman (1961) ve své knize „*Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*“ popisuje totální instituce jako podtyp sociální instituce, mezi něž řadí např. kasárna, vězení nebo také léčebny pro duševně nemocné, neboť instituce za své svěřence po dobu jejich pobytu přebírá zcela odpovědnost a jejím cílem je proměna jejich svěřenců. Členové jsou v těchto organizacích drženi silou, uplatňováním moci a jsou pod neustálým dozorem. Většinou máme svobodu v rozhodnutí do organizací vstoupit i z nich vystoupit. Tyto instituce však ovlivňují veškerý každodenní život svých svěřenců po celou dobu jejich členství a jejich opuštění nezáleží na svobodné vůli. Totální instituce jsou pak extrémním případem institucí, které znemožňují svým chovancům možnosti styku s vnějším světem a tak se stávají jediným všeobsahujícím prostorem pro své svěřence. Vstupem svěřenců do totálních institucí dochází k systematickému pokořování jejich osobnosti.

Čím větší (pravo) mocí zdravotník, sestra, disponuje a rozhoduje o věcech, jež pro klienta znamenají pozitivní změnu, výhodu nebo naopak újmu, tím komplikovanější podmínky to má pro lidsky nastavený pomáhající vztah, tedy pro to, aby se pomáhající pracovník stal odborným lidským konzultantem a emočně kongruentním partnerem v pomáhajícím vztahu. Rozhodnutí pomáhajícího pracovníka, zdravotníka, může klient totiž chápat jako určitý projev osobních nesympatií, až nepřátelskosti, a může tak dojít k neodvratitelné

ztrátě kontaktu a důvěry. „*Přebírá-li pracovník nad klientem moc, klient o tom musí vědět, znát motivy a povinnost pomáhajícího, ale i své možnosti a povinnosti. Tímto krokem se vyhýbá manipulaci, která je neprofesionální. S klientem se jedná férově, na rovnu.*“ (Úlehla, 2009, s. 20-21). **Partnerský vztah** funguje tak, že zdravotník nabízí volby, vysvětluje, informuje a pacient si může vybírat – je kompetentní volit – z nabízených možností a rozhodnout se tak pro léčbu, postup, intervenci, která mu nejvíce vyhovuje.

Moc vzniklá v rámci vztahu pomáhání vzniká bez vymezených formálních pravomocí tím způsobem, že klient přijímá určité vedení řídicí autoritou (pomáhajícím pracovníkem/sestrou). Roli řídicí autority může pracovník aktivně přijímat a vyžadovat ji dokonce jako podmínku k pomoci a spolupráci. Kopřiva (2016, s. 40) poukazuje na skutečnost, že „*Pracovník je do jisté míry mocný už tím, že pomáhá (nebo aspoň slibuje pomoc), aby málo mocný klient byl o něco mocnější.*“ Opačným pólem je určení, někdy až vnucení, moci do rukou zdravotníka, sestry pacientem. Zdravotník – sestra by měla být schopna reflektovat svoji pravomoc řešit pacientovy emoční, vztahové i životní problémy, a ke kultivaci této dovednosti sebereflexe jí může být nápomocna pravidelně přijímaná supervize.

Při supervizi, realizované kontextuálně v psychiatrickém ošetřovatelství je tedy pro supervizora i supervidovaného zdravotníka/sestru, nutné brát vždy na zřetel také profesní etické normy a principy a aktuálně platnou legislativu, protože i v rámci výkonu své profese může sestra či jiný zdravotník pacienta poškodit, vykonávat „neetickou praxi“. Také z tohoto důvodu by měl mít supervizor znalost tematicky problémových okruhů v péči o osoby s duševním onemocněním, jakými jsou např. ochrana před nevhodným zacházením, právo na sebeurčení pacienta a jeho omezení aj., vycházející ze základních etických a právních norem.

EMPIRICKÁ ČÁST

Vzhledem k povaze zkoumané problematiky byla autorkou zvolena kvalitativní výzkumná metodologie. Kvalitativní výzkum umožňuje podrobné a hloubkové zkoumání nového fenoménu. Výhodou kvalitativního výzkumu je možnost otevřeného přístupu výzkumníka a pravděpodobnost získání dat v kontextu zkoumaného jevu (Hendl, 2016).

7 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

Pro zpracování výzkumu byl autorkou zvolen hlavní cíl a hlavní výzkumná otázka, které byly konkretizovány do čtyř dílčích cílů a výzkumných otázek.

Hlavním cílem realizovaného výzkumu je: Na základě realizace kvalitativního výzkumu nabídnout informace a konkrétní doporučení pro úspěšné zavedení klinické supervize zdravotnickým zařízením/organizacím a její využití psychiatrickými sestrami v kontextu české klinické ošetrovatelské praxe.

Hlavní výzkumná otázka realizovaného výzkumu je: Jaké konkrétní postupy/strategie jsou, dle názoru oslovených respondentů, pro proces implementace supervize do kontextu praxe psychiatrického ošetrovatelství zásadní?

Dílčí cíl č. 1: Analyzovat podmínky a faktory, ovlivňující proces zavedení a realizace supervize v psychiatrickém ošetrovatelství.

Dílčí otázka č. 1: Jaké podmínky a faktory ovlivňují proces zavedení supervize do kontextu psychiatrického ošetrovatelství?

Dílčí cíl č. 2: Identifikovat nejčastěji požadované anebo realizované formy (podoby) supervize v organizacích, poskytujících psychiatrickou zdravotní péči.

Dílčí otázka č. 2: Jaké formy supervize jsou nejčastěji realizované ve zdravotnických zařízeních, poskytujících psychiatrickou zdravotní péči?

Dílčí cíl č. 3: Analyzovat přínosy klinické supervize pro sestry z oboru psychiatrického ošetřovatelství.

Dílčí otázka č. 3: Jaký přínos má/může mít klinická supervize pro sestry z psychiatrických oborů?

Dílčí cíl č. 4: Zmapovat stávající vzdělávací potřeby respondentů o problematice a specifikách supervize v psychiatrickém ošetřovatelství.

Dílčí otázka č. 4: Jaké konkrétní informace jsou pro sestry z kontextu psychiatrické péče zajímavé a užitečné ve vztahu k tématu supervize a jejího zavedení?

8 VÝZKUMNÝ VZOREK A JEHO SPECIFIKACE

Výzkumný vzorek byl konstituován jako záměrný. Výběr informantů pro rozhovor proběhl pomocí techniky snowball. Kritériem pro zařazení do výzkumného šetření byla ochota sester účastnit se realizace výzkumu na určené téma a osobní zkušenost informantek s účastí na supervizi. Dalším kritériem bylo zařazení všeobecných sester pracujících na psychiatrických odděleních a vybraných zdravotnických zařízeních (jiná zdravotnická pracoviště poskytující psychiatrickou ošetrovatelskou péči).

Účastníci výzkumu byli před realizací výzkumu informováni o průběhu a okolnostech výzkumu (etické aspekty výzkumu). Vzhledem ke zkoumané problematice byly identifikační údaje anonymizovány u všech respondentek.

Z deseti oslovených respondentů svou účast nezávazně potvrdilo osm. Dva respondenti se výzkumného šetření nezúčastnili. Oba respondenti odmítli spolupracovat na výzkumu z důvodu časové indispozice. Vzorek respondentů nebyl výzkumníci vytvořen v počáteční fázi realizace výzkumného šetření, ale byl v souladu s kvalitativní metodologií během sběru dat a jejich analýzy rozšiřován až do teoretické saturace.

Výzkumný vzorek byl tvořen osmi sestrami, které byly cíleně osloveny. Sestry, které se účastnily výzkumného šetření, aktivně pracují s dospělými pacienty s duševním onemocněním. Žádná z informantek nepracovala ve fakultním zařízení. Záměrně nebyly autorkou uvedeny názvy či oblasti zdravotnických zařízení z důvodu zachování maximální možné anonymity respondentů. Rozsah plného pracovního úvazku mělo sedm sester, jedna informantka v současné době čerpala mateřskou dovolenou. Všechny respondentky byly sestrami se specializací – Sestra pro péči v psychiatrii, z toho jedna sestra plnila manažerskou pozici vrchní sestry. Cíleně vybraný vzorek tvořilo 8 žen, jejichž věkové rozpětí bylo 29 až 56 let. Všechny účastnice výzkumu absolvovaly střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra a specializační vzdělání v oboru všeobecná sestra – Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Jedna účastnice výzkumu studovala vysokoškolské vzdělání bakalářského stupně oboru ošetrovatelství. Součástí polostrukturovaného rozhovoru byly otázky týkající se „Demografických dat“ (viz. Tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Demografická data

SESTRA	VĚK	VZDĚLÁNÍ	DĚLKA PRAXE NA ODDĚLENÍCH S DU- ŠEVNĚ NEMOCNÝMI	PRACOVNÍ POZICE
R1	56 let	SZŠ + specializační vzdělání	36 let	Všeobecná sestra
R2	45 let	SZŠ + specializační vzdělání	18 let	Všeobecná sestra
R3	42 let	SZŠ + specializační vzdělání	10 let	Všeobecná sestra
R4	49 let	SZŠ + specializační vzdělání	25 let	Všeobecná sestra
R5	50 let	SZŠ + specializační vzdělání	30 let	Všeobecná sestra
R6	29 let	SZŠ + specializační vzdělání	5 let	Všeobecná sestra
R7	43 let	SZŠ + specializační vzdělání	23 let	Všeobecná sest- ra/vrchní sestra
R8	37 let	SZŠ + specializační vzdělání	16 let	Všeobecná sestra

Zdroj: Vlastní zpracování

9 METODA SBĚRU DAT A ORGANIZACE VÝZKUMU

Metodou sběru dat výzkumu byl autorkou zvolen polostrukturovaný rozhovor. Výhoda osobního dotazování je právě v osobním kontaktu, který umožňuje získání okamžité reflexe výzkumníka a respondenta. Tazatel tak má možnost upoutat pozornost a získat důvěru respondenta v souvislosti se získáním podrobnějších, hlubších a pravdivých výzkumných dat (Hendl, 2016).

V období od června 2019 do listopadu 2019 bylo autorkou postupně osloveno celkem deset potenciálních informantů, kteří splňovali výběrová kritéria. Primární žádost o spolupráci byla neformálního charakteru v elektronické podobě. V rámci možné spolupráce na výzkumném šetření klinické supervize v psychiatrickém ošetrovatelství byl potenciální účastník výzkumu seznámen s průběhem a cíli výzkumu v informačním materiálu pod názvem „Informovaný souhlas účastníka výzkumu na téma: klinická supervize v psychiatrickém ošetrovatelství“ (viz. Příloha D). Zároveň byla podána „Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním diplomové práce“ každému zdravotnickému zařízení, kde oslovení respondenti pracují (viz. Příloha E). Oba tyto dokumenty byly vybraným potenciálním participantům zaslány elektronicky, minimálně čtrnáct dní před domluveným termínem realizace výzkumného šetření, aby měli dostatek času na rozhodnutí, zda se výzkumného šetření chtějí zúčastnit. Všechny informované souhlasy a žádosti byly podepsány a jsou uloženy u autorky této diplomové práce. Výzkumné šetření probíhalo v období od července 2019 do listopadu 2019.

9.1 Realizace polostrukturovaného rozhovoru

Před každým rozhovorem byla každá účastnice ústně informována o podstatě výzkumu a byla jí zaručena anonymita poskytnutých dat. O možnosti pořízení zvukové nahrávky byl od každé účastnice výzkumného rozhovoru získán souhlas v ústní i písemné formě. Nejkratší doba trvání individuálního rozhovoru byla 32 minut a nejdelší individuální rozhovor s informantkou činil 56 minut. Vzhledem k pracovnímu vytížení a nedostatku času všech informantek byla nutná flexibilita v otázce stanovení termínu veškerých rozhovorů. V maximální možné míře jsem se musela přizpůsobit časovým požadavkům vybraných informantek.

Závěrem každého rozhovoru bylo účastníci poděkováno a následně byla vybitnuta ke zpětné vazbě. Zajímavým poznatkem bylo, že oslovené informantky rády hovořily o daném tématu. Některé informantky během rozhovoru provázely rozpaky, občas neznalost odpovědi na položenou otázku, přesto informantky nebyly zdrženlivé a odpovídaly na mé otázky. Po vypnutí diktafonu informantky vyslovily přání, aby jejich vyslovená data byla k užítku a zdrojem inspirace pro zavádění klinické supervize v psychiatrickém ošetrovatelství v některých zdravotnických zařízeních, které o této možnosti uvažují. Potěšilo mne, že 2 informantky by si rády přečetly tuto diplomovou práci.

Vzor struktury rozhovoru je uveden v Příloze F.

9.2 Etické aspekty výzkumu

Autor Hendl (2016) upozorňuje, že je důležité dodržet etické zásady výzkumu. Jako etické zásady uvádí získání informovaného souhlasu účastníka s výzkumem, svobodu odmítnutí spolupráce v jakémkoli období výzkumného šetření, dodržení anonymity a také zajištění emoční a tělesné bezpečnosti.

Předmětem výzkumu bylo odhalit problematiku související s klinickou supervizí v psychiatrickém ošetrovatelství v ČR a poskytnout podněty pro úspěšnou implementaci klinické supervize dalším psychiatrickým zařízením/organizacím. Není úmyslem studie poškodit jakékoli zdravotnické zařízení, proto cíleně nejsou uváděny konkrétní názvy zdravotnických zařízení, ve kterých informantky poskytují psychiatrickou ošetrovatelskou péči, a to i přesto, že jsem se na tento údaj v „Demografických datech“ dotazovala.

9.3 Limity výzkumu

Výrazným limitem kvalitativního výzkumu je velikost vzorku a jeho reprezentativnost. V důsledku toho nelze získané poznatky zobecnit. Dalším limitem pro výzkumný vzorek může být jednotné nejvyšší ukončené vzdělání oslovených respondentek, i když se dá předpokládat, že sestry s pomaturitním specializačním vzděláním v psychiatrickém ošetrovatelství tvoří majoritní zastoupení v počtu nelékařských zdravotnických pracovníků týmů psychiatrických oddělení či léčeben.

Přestože byla zaručena anonymita všem participujícím sestrám, je zde riziko, že sestrami poskytnutá data jsou limitována z důvodu obav z absolutní otevřenosti a transparentnosti.

Vzhledem k výsledkům výzkumného šetření je dalším limitem výzkumného šetření fakt, že součástí výzkumného vzorku nejsou ve větším zastoupení sestry manažerky. Pouze jedna ze sester plnila funkci vrchní sestry. Budoucí výzkumy by tak měly být zaměřené na cílovou skupinu sester manažerek ze zařízení poskytujících psychiatrickou péči.

10 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT A JEJICH INTERPRETACE

Analýza výzkumných dat probíhala ve dvou následujících krocích:

1) Systematizace datových souborů a transkripce dat;

2) Kódování a kategorizace dat.

Nahrávky polostrukturovaných rozhovorů byly následně autorkou výzkumu přepisovány v programu Microsoft Word. Text přepsaných rozhovorů byl v rozsahu celkem 75 stran. Každý jednotlivý rozhovor byl v tištěné podobě analyzován. Získaná data byla průběžně reanalyzována **metodou obsahové tematické analýzy**.

Miovský (2006) se odkazuje na možné dílčí úpravy, které výzkumník realizuje v rámci redukce prvního řádu, což umožňuje vytvořit plynulejší přepis (bez slovní vaty a běžných hovorových obrátů). **Otevřené kódování** proběhlo induktivně na základě editorování textového korpusu doplňováním poznámek a ručním označováním textu barevným fixem, dle významových struktur. Současně autorka opakovaně využívala možnosti poslouchu autentických nahrávek pro upřesnění pojetí přepisu textu z audiozáznamu a terénních poznámek, které si zaznamenala v průběhu realizace polostrukturovaných rozhovorů. Kompletní neautorizované přepisy rozhovorů jsou na základě požadavků respondentů součástí tzv. neveřejných příloh. Přepsaný text nahrávek je interpretován ve spisovném jazyce a stylisticky upraven (Hendl, 2016).

Při transkripci byl opakovaně kontrolován obsah samotnou autorkou a důvěryhodnost realizovaného výzkumu byla zajištěna také nezávislou kolegyní (vedoucí diplomové práce) pomocí strategie Co-kódování.

Co-kódování bylo provedeno nezávislý kodérem, jenž věnoval pozornost celému souboru písemných záznamů, rozhovorů v souladu s účelem a cíli realizované studie. Poté nezávislý kodér a výzkumnice identifikovali témata a kategorie. Proběhla rovněž diskuze nad jednotlivými subkategoriemi a kategoriemi. Cílem diskuze bylo porovnat a zdůvodnit, jak obě strany konstituovaly témata a podkategorie, a dosáhnout konsenzu ohledně konečného označení, popisu pro zkušenosti respondentů pomocí volby výstižného názvu jednotlivých kategorií. Při tvorbě tematických okruhů a názvů jednotlivých kategorií jsme vycházely z postupné analýzy výpovědí. Jakmile jsme narazily na nějaký nový významný motiv,

byl zařazen do seznamu témat, kategorií a subkategorií. Vazby jednotlivých kategorií a subkategorií jsou pro přehlednost uvedeny níže (viz. Schéma č. 1).

Obrázek č. 1: Schéma vzájemných vazeb jednotlivých kategorií a subkategorií



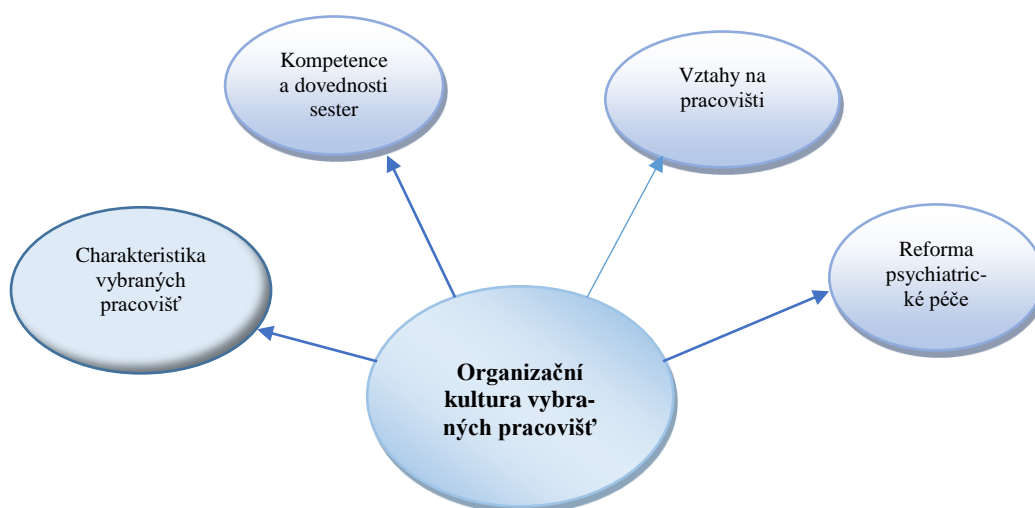
Zdroj: Vlastní zpracování

10.1 Kategorie: Organizační kultura vybraných pracovišť

Průběh a proces supervize ovlivňují vždy čtyři prvky: **supervidovaný pracovník, supervizor, klient a prostředí organizace včetně organizační kultury**, v níž se supervize odehrává. V úvodu kapitoly, zaměřené na interpretaci dat a výsledků realizovaného výzkumu považují za smysluplné blíže v kategorii: „Organizační kultura vybraných pracovišť“ představit kontext a kulturu organizací. Témata, jednotlivé kategorie a subkategorie, související s osobou a rolí supervizora a supervidovaných, včetně přesahů jejich práce ke klientovi v supervizi představují čtenáři v dalších, navazujících částech textu.

První kategorie prezentuje organizační kulturu a kontext změn v rámci probíhající reformy psychiatrické péče a jejich vliv na proces implementace supervize ve vybraných organizacích. Subkategoriemi jsou: *Kompetence a dovednosti sester*, *Charakteristika vybraných pracovišť*, *Vztahy na pracovišti*, *Reforma psychiatrické péče* (viz. Schéma č. 2).

Obrázek č. 2: Schéma kategorie Organizační kultura vybraných pracovišť a její subkategorie



Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Kompetence a dovednosti sester

Jednou z charakteristik psychiatrického ošetřovatelství je multidisciplinarita tohoto oboru, kde je velmi důležitá komunikace se všemi členy multidisciplinárního týmu, kteří jsou zapojeni v péči o pacienta. Členy multidisciplinárních týmů jsou např. sestry, lékaři, zdravotně-sociální pracovníci, kliničtí psychologové, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, nutriční

terapeuti atd. Výraznými dovednostmi sester pracujících na psychiatrických odděleních je umění vést produktivní terapeutický rozhovor s pacienty a zvládnání komunikačních dovedností. Být dobrou psychoterapeutkou ve vztahu mezi sestrou a pacientem patří ke kompetencím sester pracujících na psychiatrických odděleních. Sdělení informantky **R2**: „...zvládat komunikaci s klientem, mít dovednosti somatické sestry a být dobrým psychoterapeutem...“. Ne všechny sestry s psychiatrickou specializací jsou současně psychoterapeutky, ale měly by mít povědomí o psychoterapeutickém přístupu ke klientovi, měly by dokonce být schopné některé jeho aspekty kompetentně uplatňovat v praxi, informantka **R3** k tomu podotýká: „...je důležité, aby sestra navázala blízký vztah s pacientem a získala jeho důvěru, vytvořila tak potřebnou pracovní alianci...“. Dle analýzy dat by psychiatrická sestra měla být psychicky zdatná, odolná vůči znepokojujícím vlivům z prostředí. Sestra by měla být empatická, trpělivá, všímavá, předvídavá, obezřetná a pohotová v interakci s pacienty. Měla by umět reagovat na změny týkající se psychického stavu pacientů a vyhodnotit je. Ve vztahu k pacientům je důležité umět se naladit na jejich potřeby, vytvořit jasné hranice ve vztahu s pacienty a nehodnotit jejich chování. Být dobrým průvodcem v léčbě je pro pacienta určitou pomocí a lehčím prožíváním v jeho nemoci.

Další z dovedností sester pracujících na psychiatrických pracovištích je vedení klientů k samostatnosti, zvyšování jejich kompetencí nebo přijetí vlastní zodpovědnosti za své jednání. Sestry napomáhají pacientům přijímat svou roli ve společnosti ve smyslu destigmatizace psychiatrie. Vysvětlují pacientům, že se nemusejí obávat ve společnosti o své nemoci hovořit. Dávají jim možnost být „Peer“ konzultantem²⁰ pro ostatní pacienty s psychiatrickou diagnózou. Některé z dotazovaných sester upozorňovaly na probíhající transformaci psychiatrické péče (viz. subkategorie Reforma psychiatrické péče) a s tím spojené komunitní služby, proces zotavení/Recovery, stigma pacienta²¹.

Informantky též uváděly specifika péče o pacienta s psychiatrickou diagnózou, kdy je u pacienta nutný neustálý dohled, striktně nastavený režim dne a péče o pacienta. Jako náročná pro sestry se jeví péče o pacienty s gerontopsychiatrickou diagnózou (viz. níže).

Demotivující v péči o pacienty bývá pro sestry častá nespolupráce pacientů nebo zneužívání oboru psychiatrie samotnými pacienty. Opakované hospitalizace jednotlivců

²⁰ **Peer konzultant** je člověk s vlastní zkušeností s duševní nemocí. Peer konzultant používá svoji zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje. Naději nikoliv ve smyslu prázdného doufání, ale víru v to, že i s omezením pramenícím z duševního onemocnění může člověk žít spokojený a plnohodnotný život. Právě takový člověk může být největší inspirací pro ty, kteří se svojí nemocí bojují.

²¹ **Stigma** je znamení domnělé méněcennosti. Vede k odmítání jeho nositele okolím.

jsou komplikací v již nastavené předchozí péči. Tato nová hospitalizace pacientů je často krokem zpět, kdy je náročné a zdlouhavé opětovné nastavení optimální péče. Každý pacient je individuální osobnost a na každého pacienta je aplikována individualizovaná péče.

Subkategorie: Charakteristika vybraných pracovišť

Všechny oslovené informantky pracovaly v organizacích, které měly zkušenost se supervizním konceptem a zahrnovaly péči o pacienty s duševní poruchou. Ve velké míře oslovené informantky pečují o pacienty se schizofrenním onemocněním a dalšími psychiatrickými diagnózami, ať v lůžkové péči anebo v péči komunitní.

V případech akutní dekompenzace psychického stavu jsou pacienti hospitalizováni na odděleních zaměřených na **akutní péči**. Psychiatrická oddělení zabývající se akutní péčí jsou obvykle součástí nemocnic. Jsou určena pro krátkodobou hospitalizaci pacientů s akutní duševní poruchou nebo s akutní dekompenzací duševní poruchy chronické. Tato pracoviště provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování duševních poruch. Pracoviště poskytující akutní psychiatrickou péči jsou v režimu uzavřeného či otevřeného režimu. Vždy zde záleží na psychickém stavu hospitalizovaných pacientů. V případě agrese, ať verbální či brachiální, je oddělení uzavřené a z důvodu bezpečnosti pacientů i personálu snímáno kamerovým systémem²². Oddělení akutní péče bývá „stroze“ zařízeno z důvodu heteroagrese pacientů. Veškeré osobní věci, kterými by si mohli pacienti ublížit, jsou odebrány a uschovány. Oddělení akutní péče bývá opatřeno „Terapeutickou místností“ (Terapeutická izolace) a dalšími restriktivními opatřeními (magnetické kurty, síťové lůžko, ochranný kabátek, fixační pás, psychofarmaka). Indikací k použití restriktivních opatření bývá vždy chování pacienta ohrožující sebe samého nebo jeho okolí, zabránění poškození majetku, závažné projevy agitovanosti, neklidu a heteroagresivity ohrožující okolí, autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození či suicidality. Personální obsazení zdravotnických zařízení, ve kterých dotazované sestry pracují, akutních oddělení zajišťuje 9 všeobecných sester (z toho 4 sestry s psychiatrickou specializovanou způsobilostí), 1 staniční sestra, 2 sanitářky, 1 sanitář (muž), 7 lékařů, 1 klinický psycholog, 1 sociální pracovník, 1 fyzioterapeut, 1 ergoterapeut a pracovnice úklidu. Hospitalizovaných pacientů na akutním oddělení bývá 25 – 30.

²² Kamerový systém – záznamy kamerového systému z oddělení nejsou nikde uchovávány ani zaznamenávány.

Následná péče je poskytována pacientům v psychiatrických léčebnách či psychiatrických nemocnicích. Psychiatrické léčebny/nemocnice poskytují zejména dlouhodobou léčbu a rehabilitaci osob s duševní poruchou. Psychiatrické léčebny/nemocnice přijímají pacienty k dobrovolné i nedobrovolné hospitalizaci. Psychiatrické léčebny/nemocnice vytvářejí podmínky pro diferencovanou péči prostřednictvím specializovaných oddělení (příjmová oddělení, doléčovací oddělení, rehabilitační oddělení, oddělení pro léčbu závislostí, gerontopsychiatrická oddělení, oddělení pro ochranné léčení, psychoterapeutická oddělení). V psychiatrických léčebnách/nemocnicích se pacienti pohybují samostatně nebo dle typu observace. Na oddělení následné péče také bývá kamerový systém, ale již zde není systém uzavřeného oddělení. Pacienti mohou mít u sebe své osobní věci, za které přebírají zodpovědnost. Každý z pacientů má svoji šatní skříňku, která je uzamykatelná. Následná péče je zaměřena především na práci v ergoterapii. Z výpovědí dotazovaných sester jsou v ergoterapii pacienti zaměstnáváni formou pracovní terapie, a to ve venkovních prostorech, kde pacienti obhospodařují zahradu, skleník, park a přilehlé prostory léčebny/nemocnice. Ve vnitřních prostorách ergoterapie jsou dílny zaměřené na ruční práce s papírem, s pedigem, či jinými materiály k procvičování jemné motoriky. Keramická dílna nabízí práci s keramickou hlinou a dřevomodelářská dílna poskytuje práci se dřevem. Pacienti zařazení do ergoterapie jsou kompenzováni a komunikace s nimi bývá snazší. Oddělení následné péče po personální stránce zajišťuje 7 všeobecných sester (z toho 3 sestry s psychiatrickou specializovanou způsobilostí), 1 staniční sestra, 4 sanitářky, 5 lékařů, 1 klinický psycholog, 1 sociální pracovník, 1 fyzioterapeut, 1 ergoterapeut, 1 nutriční terapeut a pracovnice úklidu. Celkový počet hospitalizovaných pacientů dle výpovědí informantek bývá 25 – 30.

Velkou skupinu následné péče tvoří pacienti s gerontopsychiatrickou diagnózou. Tito pacienti onemocní převážně dg. demence a s nimi je spolupráce velmi obtížná a zdoluhavá. Velmi namáhavá je komunikace, kdy sestry musí být velmi trpělivé a vyrovnané. Nutná bývá komplexní péče o takového pacienta. Pacienti bývají ke své nemoci navíc nedoslýchaví, mají poruchy zraku, bývají inkontinentní, méně pohybliví. Pracoviště, kde jsou hospitalizováni pacienti s organickými poruchami, jsou vždy v **uzavřeném režimu**. Tímto uzavřeným režimem se rozumí uzamčené oddělení, aby pacienti nemohli samovolně opustit oddělení. Oddělení je opatřeno kamerovým systémem bez záznamu, aby sestry měly o pacientech přehled v době, kdy nemohou být fyzicky přítomny u pacienta na pokoji nebo na denní místnosti. Denní místnost je určena pro pacienty, aby v ní mohli sledovat

televizi, poslouchat rádio, hrát stolní hry, číst si nebo jen strávit čas sledováním okolí. Oddělení je vybaveno síťovým lůžkem. Do síťového lůžka jsou ukládáni převážně pacienti s noční zmateností, v případech prevence pádu. Sestry v péči o tyto pacienty pociťují únavu fyzickou, ale i psychickou. Gerontopsychiatrická oddělení po personální stránce zajišťuje 7 všeobecných sester (z toho 2 sestry s psychiatrickou specializovanou způsobilostí), 4 sanitářky, 4 lékaři, 1 klinický psycholog, 1 sociální pracovník, 1 fyzioterapeut, 1 ergoterapeut a pracovnice úklidu. Celkový počet pacientů na oddělení dle výpovědí informantek bývá 18 – 20.

Komunitní péče v psychiatrickém ošetrovatelství je zaměřená na pacienty s celým spektrem psychiatrických diagnóz. Cílem poskytování psychiatrických služeb je podpora lidí s duševním onemocněním, včasná diagnostika onemocnění, krátkodobá intervence. Jedná se o kontaktní pracoviště pro výkon činností terénní psychiatrické sestry a lékaře psychiatra. Centrum duševního zdraví je zařízení poskytující služby psychiatrické rehabilitace lidem se závažným duševním onemocněním. Služby jsou poskytovány v prostorách zařízení nebo formou terénní (ve vlastním sociálním prostředí). Předmětem komunitní péče jsou služby poskytovány prostřednictvím mobilních multidisciplinárních (terénních) týmů v přirozeném prostředí pacientů. Mají charakter dlouhodobé péče formou psychiatrické a sociální rehabilitace, může jít o poskytování krizové intervence v domácnosti pacienta se SMI (Serious / severe Mental Illness – osoby se závažným duševním onemocněním)²³ a také o plánované včasné intervence v případě dosud nedignostikovaných nebo aktuálně neléčených onemocnění. Hlavním cílem terénních mobilních služeb je poskytování péče v přirozeném prostředí pacientů a předcházení stavů, které by vyžadovaly hospitalizaci. Personální zabezpečení terénních mobilních týmů zajišťuje 1 všeobecná sestra s psychiatrickou specializovanou způsobilostí, 1 všeobecná sestra, 1 lékař, 1 klinický psycholog, 1 sociální pracovník a pracovnice úklidu.

Krizová centra jsou zařízení prvního kontaktu, která jsou pro klienty volně přístupná bez objednacích termínů a často i 24 hodin denně. Nabízejí psychoterapeutickou, psychiatrickou péči, zaměřují se na prevenci a léčbu závislostí a pomoc osobám, které se ocitly v tíživé životní situaci. Krizová centra mohou poskytovat i další vhodné programy, jako je krizová intervence formou výjezdu nebo návštěvní služba v domácnosti klienta. Krizová intervence je odborná metoda pomoci lidem v psychické krizi, která napomáhá

²³ SMI = F20-F29 schizofrenie, F30 – F39 afektivní poruchy

dosažení nové psychosociální rovnováhy v klientově životě. Krizoví intervenenti poskytují v rozhovorech s klienty prostor pro vyjádření intenzivních a velmi často negativních emocí. Práce s jejich vlastními emocemi a prožíváním je tedy nedílnou a legitimní součástí supervize. Zrovna tak jako kazuistická supervize, která je více zaměřovaná na jimi realizované intervence, strategie a postupy ve vztahu ke konkrétním případům jednotlivých klientů. Možnosti využití supervize ve své profesi, získávají sestry na základě „zkušenostního učení“. V této organizaci je péče o klienty zaměřena na krizové intervence. Krizová intervence jakožto odborná metoda má jasná pravidla, jak ji provádět. Svoje místo má však všude tam, kde je možné přijít do kontaktu s člověkem v krizi (nizkoprahová centra, denní stacionáře, poradny). Sestry klientům poskytují pomoc v krizových situacích a v situacích, které nejsou klienti aktuálně schopni zvládat vlastními silami. Jedná se převážně o klienty s akutním rozvojem úzkostných či depresivních potíží. O pacienty s akutním zhoršením stávající psychické poruchy, s rozvíjejícími se příznaky duševní poruchy, kterým zajišťují prvotní péči a kontakty pro následnou péči. V neposlední řadě se s klienty řeší akutní partnerské či osobní problémy, pomoc s vyrovnáním se se ztrátou blízké osoby nebo podpora klientům vystaveným závažným událostem, jako je např. obětem trestných činů, hromadných neštěstí.

Personální zabezpečení krizových center zajišťují 4 lékaři psychiatři, 1 klinický psycholog, 6 všeobecných sester, 6 sester s psychiatrickou specializovanou způsobilostí, 1 staniční sestra, 1 sociální pracovník, pracovnice úklidu.

Domov pro osoby se zdravotním postižením je zařízením, které poskytuje pomoc a podporu osobám v nepříznivé sociální situaci, které mají sníženou schopnost o sebe pečovat z důvodu zdravotního postižení. Cílovou skupinou domova pro osoby se zdravotním postižením tvoří klienti s kombinovaným, tělesným a zdravotním postižením ve věku od 11 do 64 let. Služba je poskytována zejména osobám s těžkým a hlubokým stupněm mentálního postižení; osobám, jejichž chování je neslučitelné s komunitním způsobem života (např. hrubě narušují mezilidské vztahy, nerespektují a nedodržují pravidla organizace, ohrožují sebe nebo ostatní uživatele, vyžadují nebo potřebují osobní asistenci); osobám závislým na návykových nebo psychotropních látkách nebo osobám ve stádiu léčení ze závislosti na těchto látkách, osobám s poruchami chování. Domov pro osoby se zdravotním postižením poskytuje komplexní léčebně-preventivní, zdravotně-ošetrovatelskou a léčebně-rehabilitační péči. Personální zabezpečení jedné stanice domova pro osoby se zdravot-

ním postižením zajišťují 2 všeobecné sestry (z toho 1 sestra s psychiatrickou specializovanou způsobilostí), 1 staniční sestra, 4 pracovníci v přímé obslužné péči, 1 lékař psychiatr, 1 lékař neurolog, 1 sociální pracovník, 1 fyzioterapeut, 1 ergoterapeut a pracovnice úklidu. Celkový počet klientů na oddělení dle výpovědí informantky bývá 55 – 60.

Domov pro seniory s duševním onemocněním poskytuje individuální pomoc a podporu osobám s chronickým duševním onemocněním, jako je stařecká demence (především Alzheimerova demence nebo ostatní typy demencí) v seniorském věku, kteří dosáhli 60 let věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Základním cílem poskytování služeb domova pro seniory s duševním onemocněním je podpora a pomoc klientů v záležitostech, na které již sami nestačí. Nedílnou součástí služeb je podpora klienta v kontaktu se společenským prostředím. S klienty domova je vytvořen individuální plán, ve kterém je konkretizován rozsah poskytované služby. Domov pro seniory s duševním onemocněním zajišťuje léčebně-preventivní, zdravotně-ošetrovatelskou a léčebně-rehabilitační péči. Personální zabezpečení jedné stanice domova pro osoby se zdravotním postižením zajišťují 2 všeobecné sestry (z toho 1 sestra s psychiatrickou specializovanou způsobilostí), 1 staniční sestra, 4 pracovníci v přímé obslužné péči, 1 lékař psychiatr, 1 praktický lékař, 1 sociální pracovník, 1 fyzioterapeut, 1 ergoterapeut a pracovnice úklidu. Celkový počet klientů na oddělení dle výpovědí informantky bývá 27 – 32.

Subkategorie: Vztahy na pracovišti

Reálné vztahy jsou v každé organizaci tvořeny spojením vztahů formálních i neformálních. Zejména jsou vztahy vytvářeny lidmi v organizaci, členy v týmu, kolektivu a samozřejmě i nadřízenými. Pracovní vztahy v organizaci mají nezanedbatelný význam v profesi zdravotnických pracovníků a je potřeba udržovat je. Správně fungující vztahy na pracovišti se příznivě odrážejí na pracovním klimatu a spokojenosti jednotlivých zaměstnanců. Naproti tomu nepříznivé vztahy na pracovišti ovlivňují celou organizaci a její fungování. Mohou způsobit konflikty a jiné patologické jevy, jako jsou konfliktní situace na pracovišti. Správné fungování interpersonálních vztahů a příjemná atmosféra na pracovišti přispívá k plnění stanovených cílů pracoviště a v neposlední řadě prospívá jeho postavení na trhu práce v případě nabídky pracovních míst. Velmi důležitým prvkem v rámci fungování pracovních vztahů je zejména organizační, týmová kultura. Dále je důležité zmínit vhodné určení organizační struktury a komunikace nejen mezi kolegy, ale i ve vztahu podřízený s nadřízeným a naopak.

Všechny dotazované sestry udávaly výborné až vynikající vztahy se spolupracovníky, které na jejich pracovišti převládají. Díky tomu panuje uvolněnější atmosféra, funguje týmová spolupráce a nevznikají konflikty mezi zaměstnanci. Tato zjištění je možné interpretovat v souladu se zjištěními mnohých odborných textů, mapujících klima psychiatrických pracovišť. Významnou roli v soudržnosti týmu tvoří stálý kolektiv, který je sehraň a spolupráce v týmu a koordinace pracovních činností je běžnou součástí pracovní náplně sester pracujících na psychiatrických pracovištích. Dobré vztahy panují i mezi řadovými zaměstnanci, jakými dotazované sestry jsou, a jejich nadřízenými. Všechny z dotazovaných sester dle jejich sdělení se mohou s jakýmkoli problémem obrátit na svého nadřízeného.

Subkategorie: Reforma psychiatrické péče

V analyzovaných rozhovorech se nejednalo zřejmě o náhodné zjištění, že tyto zaměstnanci se "rekrutovali" z kontextu komunitní psychiatrické péče, která je v současném procesu deinstitucionalizace a reformy psychiatrické péče přece jen vnímána jako podstatně otevřenější k procesu implementace změn a inovací, nežli je tomu v případě psychiatrických lůžkových zařízení. I v případě organizace poskytující ústavní psychiatrickou péči však jedna z informantek popisovala proces změn, probíhajících v kontextu reformy psychiatrické péče, které jsou nastartovány u nich v organizaci. Jedna z dotazovaných sester měla zkušenosti s centrem duševního zdraví, kde pracovala v terénním mobilním týmu jako psychiatrická komunitní sestra. Centra duševního zdraví vznikají v souvislosti s transformací psychiatrické péče. Deinstitucionalizace je jedním z projektů v reformě psychiatrické péče. Velký důraz se klade na přemístění pacientů z psychiatrických léčeben do jejich domovů či komunitních center.

Je velmi pravděpodobné, že i přesto, že se popisovaná změna a priori nedotýká přímo konceptu supervize, že takto otevřená organizační kultura bude vstřícnější i k dalším koncepčním a organizačním změnám, mezi něž implementaci supervize můžeme nepochybně zařadit.

Analýzou získaných dat bylo také zjištěno, jak sestry vnímají reformu psychiatrie v oblastech komunitní péče a péče zotavení/Recovery. Dle dotazovaných informantek se jednalo o sestry, které měly zkušenosti v terénní péči o pacienty s duševní poruchou. Jedno ze zdravotnických zařízení je zapojeno do probíhající reformy psychiatrické péče. Má vy-

tvorený pracovní tým, který se pravidelně účastní řídicích výborů a setkání transformačních skupin, kde sdělují novinky a splněné úlohy z daného pracoviště. Tým pracovníků zjišťuje, jaké jsou novinky a změny v probíhající reformě psychiatrické péče. Jedním členem z týmu je specialista, který se zabývá péčí o pacienty a zúčastňuje se 1x měsíčně porady „Setkání specialistů“. Na tomto setkání přednáší, zda se podařilo umístit pacienty dlouhodobě hospitalizované do jiných zdravotnických zařízení, komunitních center nebo do domácí péče. Toto zdravotnické zařízení realizuje pro své zaměstnance workshopy týkající se reformy psychiatrie.

Druhé zdravotnické zařízení do reformy psychiatrické péče zapojeno není, ale spolupracuje s jinými organizacemi pečujícími o pacienty se zkušeností s psychickým onemocněním.

Tabulka č. 2: Příklady kódů vztahující se ke kategorii Organizační kultura vybraných pracovišť

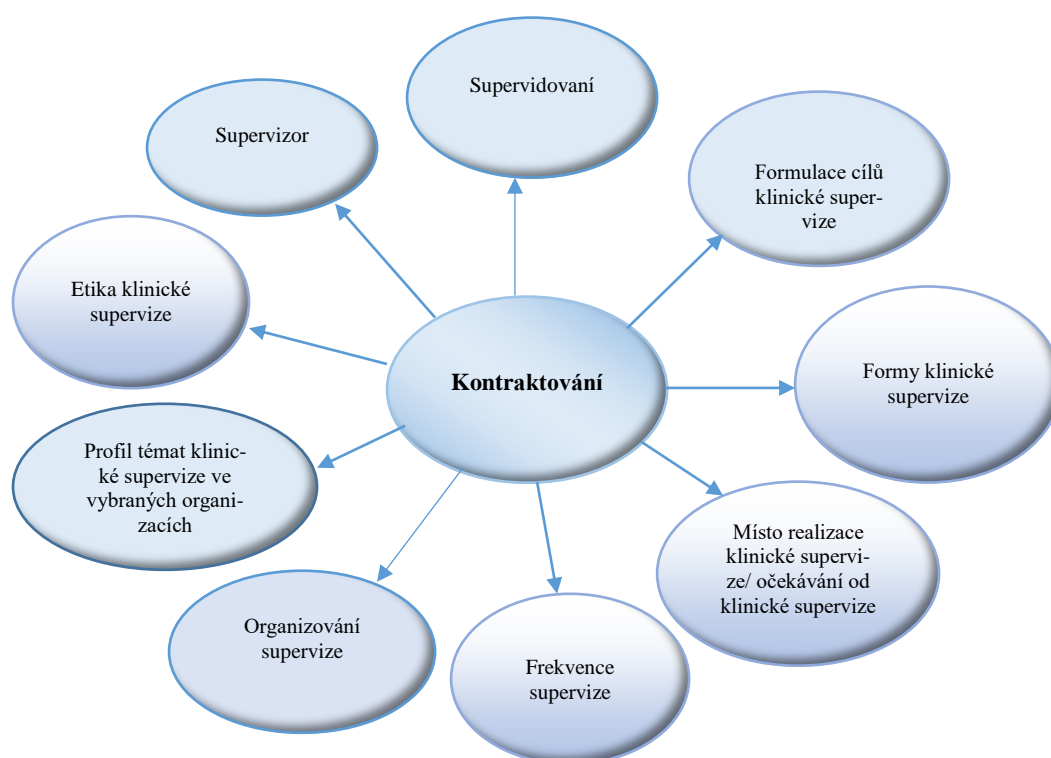
<p>KATEGORIE: ORGANIZAČNÍ KULTURA VYBRANÝCH PRACOVIŠŤ</p> <p>Subkategorie: Charakteristika vybraných pracovišť</p> <p>R1: „<i>My máme akutní a otevřenou část terapeutickou. Na té akutní je to spíše takové strožejší, vyplývá to z toho režimu, jaký tam je.</i>“</p> <p>R7: „<i>Léčí se hlavně psychický stav a na ostatních odděleních se léčí somatický a zdravotní stav.</i>“</p> <p>R8: „<i>...vedení klientů, aby směřovali k úzdavě ... aby docházelo ke zvyšování kompetencí, samostatnosti, přijetí ve společnosti.</i>“</p>
<p>Subkategorie: Vztahy na pracovišti</p> <p>R1: „<i>...máme výborný kolektiv, dá se říct, že stálý kolektiv ... jako jedna rodina...</i>“</p> <p>R2: „<i>...jsou vynikající ... cítím se tu jako doma.</i>“</p> <p>R8: „<i>...hodnotím spíše kladně ... kolegové si vycházejí vstříc ... koordinace pracovních činností ... souhra a týmovost...</i>“</p>
<p>Subkategorie: Reforma psychiatrické péče</p> <p>R3: „<i>V psychiatrii nyní preferujeme Recovery – proces zotavení, uzdravy pacienty.</i>“</p> <p>R8: „<i>V současnosti v psychiatrii probíhá rozšířená, komplexnější péče, a to, péče zaměřená na Recovery = Zotavení</i>“</p> <p>R8: „<i>Jedná se o sociálně-zdravotní služby poskytující psychosociální RHB</i>“.</p>

Zdroj: Vlastní zpracování

10.2 Kategorie: Kontraktování

Druhá kategorie prezentuje supervizní kontrakt v organizacích zabývajících se psychiatrickou ošetrovatelskou péčí, a popisuje podmínky a faktory, které ovlivňují proces implementace supervize do kontextu psychiatrické péče v organizacích. Subkategoriemi jsou: *Supervizor*, *Supervidování*, *Formulace cílů klinické supervize*, *Formy klinické supervize*, *Místo realizace klinické supervize/ očekávání od klinické supervize*, *Frekvence supervize*, *Organizování supervize*, *Profil témat klinické supervize ve vybraných organizacích*, *Etika klinické supervize* (viz. Schéma č. 3).

Obrázek č. 3: Schéma kategorie Supervizní kontrakt a její subkategorie



Zdroj: vlastní zpracování

Supervizní kontrakt je dohoda, smlouva, která je výsledkem procesu vyjednávání zúčastněných stran, které se rozhodly ke spolupráci svobodně a vědomě. Smyslem supervizního kontraktu je vymezení zakázky a vyjednání co nejlepších podmínek pro realizaci supervize. Při vyjednávání je žádoucí aktivní zapojení všech zúčastněných stran – zadavatel, supervizor, supervidování. Prostřednictvím kontraktu je jednoznačně vymezen způsob i podmínky spolupráce, role zadavatele, odpovědnosti a očekávání zúčastněných stran, rám-

ové zaměření supervize a cíle supervize (srov. Novotný, 2006). Smyslem supervizního kontraktu je tedy obecně vytvořit bezpečný prostor pro realizaci supervize, vymezit vhodné hranice všem zúčastněným, podpořit důvěru a eliminovat možná nedorozumění (Hawkins, Shohet, 2016).

Konkrétní informace ohledně kontraktování klinické supervize a výběru supervizora ve výzkumu participující sestry neměly. Samotný kontrakt o supervizi jim byl předložen jako fakt. Nabídka supervizora se dostala pouze k managementu zdravotnického zařízení, nikoli až k pracovníkům u lůžka. Domlouvání a samotný výběr supervizora probíhal v prostorách zdravotnického zařízení, v ředitelně či pracovních managementu organizace. O výběru supervizora bylo rozhodnuto mezi vedením organizace, manažerem kvality, lékaři, vrchní sestrou. Na základě analýzy dat můžeme konstatovat, že rozhodování o supervizi se přesouvá mimo koncové příjemce supervize. Analýzou zjištěných dat bylo zjištěno, že se management organizací zřejmě domnívá, že sestry nemají dostatek pravomocí rozhodnout či nemají dostatek odborných znalostí týkající se implementace supervize do organizace. Možná tak odpadá pro vedení organizace časová náročnost, když by do procesu kontraktování a rozhodování o výběru supervizora vstupovali i ostatní zaměstnanci. Pro manažera by bylo zřejmě v této fázi procesu zavádění supervize nutné opakovaně argumentovat, vyjednávat a odpovídat na dotazy v rámci partnerské diskuze a také komunikovat s budoucími příjemci supervize, tedy se zaměstnanci zdravotnické organizace.

Odpovědností informantek, která byla kontraktována jako jedna z podmínek realizace supervizních setkání, byla účast na supervizním setkání, aktivita během supervize, komunikace ve skupině, mlčenlivost. Dodržování kontraktu a pravidel přispívá k oboustranné důvěře a k bezpečí supervizního prostoru.

Informace o ceně klinické supervize a odměně supervizorovi za proběhlou supervizi dotazované sestry neměly. Ceník supervizní práce v ČR není jednotný a finanční odměna supervizora je rozdílná. Konečná cena za klinickou supervizi je předmětem ujednání a může se mezi jednotlivými institucemi či supervizory odlišovat.

Subkategorie: Supervizor

Pokud je již završen proces výběru supervizora, kterého vybral management organizace, a jsou známy konkrétní podmínky kontraktu, je možné v této fázi informovat pracovníky poměrně konkrétně. Jak vyplynulo z analyzovaných dat, samotní supervidování, tzn. jednotlivci ani pracovníci konkrétních týmů nebývají v této fázi zavádění supervize do

organizace osobně zaangażováni, nedisponují tedy žádnými konkrétními informacemi, neúčastní se osobně procesu kontraktování supervize. Celý proces a zřejmě i konkrétní obsah kontraktu, i na základě analýzy dat, je stále ještě vnímán jako převážně úkol a možná i "výsada" - pravomoc top managementu. Oslovené informantky nebyly totiž schopné ve svých odpovědích na otázky výzkumnice směřující do této oblasti kontraktování uvést konkrétní informace. Toto zjištění je současně také oblastí, která by se do budoucna mohla jistě stát i předmětem výzkumného zájmu dalších studií.

Dle informantek sestry neměly možnost zasahovat do výběru supervizora. Vždy jim byl supervizor přidělen a proces výběru supervizora a kontraktování podmínek realizace supervize jim byl tímto odepřen. Sestry se domnívají, že supervizor byl vybrán na základě doporučení či osobních zkušeností někoho z managementu organizace. Informantky se domnívají, že je pak obtížné naplnit vzájemnou důvěryhodnost vztahu supervizor a supervidovaný. Supervizor by měl mít vzdělání – **R2: „...nejvyšší, co může být, tedy vysokou školu...“**. Supervizor je odborník, disponující vysokoškolským vzděláním humanitního zaměření nebo medicíny, který splňuje stanovené kvalifikační požadavky, tzn. absolvoval specifický supervizní výcvik. Jedná se o profesionála, který se může prokázat dlouhodobou praxí v oblasti práce s lidmi, vedením týmů. Má dokončený psychoterapeutický výcvik²⁴ akreditovaný Českou psychiatrickou společností, ČLS JEP. Mezi žádoucí vlastnosti supervizora Baštecká (2016) řadí např. schopnost rozvinuté empatie, umění naslouchat, tolerance zahrnující respekt k odlišnostem, otevřenost, flexibilitu, smysl pro humor, opravdový zájem pomáhat, zvědavost. Supervizor by si měl uvědomovat způsoby, kterými pojmenovává chování druhých, měl by být schopen podělit se o vlastní nedokonalost a omezení, mít odvalu k nevěděni a připustit si ji. Supervizor by se měl zajímat také o to, jak jeho chování působí na supervidované. Zpětnou vazbou by se měl poctivě zabývat. Prvořadým úkolem supervizora dle Baštecké (2016, s. 115) je *„pomáhat pracovníkům v jejich práci i v její reflexi“*. *Pokud se jedná o externí supervizi, supervizor nemá pravomoci ani nástroje k provádění změn na pracovišti. Může pouze působit na pracovníky, v zájmu dobra jejich i prospěchu pacientů tak, aby oni sami měnili své postoje a postupy.*“ Dle analýzy odpovědí informantek by ideální supervizor měl být dobrý, zralý a moudrý člověk, pokor-

²⁴ V současné době v ČR poskytuje vzdělání supervizora několik institutů, které se liší svým zaměřením (Český institut pro supervizi, Remedium Praha, Česká asociace streetwork, Českomoravský institut pro supervizi a koučink, Institut supervize a koučování Hermés, Instand, Hestia, SPIN-VTI aj.) a také svými vstupními požadavky na zájemce o supervizní výcvik.

ný a skromný. Měl by umět jasně a srozumitelně komunikovat, držet hranice. Musí být také schopen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se v supervizi dozví.

Podle výpovědi jedné z informantek supervizoři, kteří prováděli klinické supervize v organizacích, byli vzděláním např. psycholog z jiného zdravotnického zařízení, který mimo jiné byl rodinným terapeutem a s oborem psychiatrie měl letité zkušenosti. Jedním ze supervizorů byl primář z oddělení daného zdravotnického zařízení, se kterým dle sdělení informanty nebyly nastavené vhodné podmínky pro bezpečnou realizaci supervize, proto vedení zdravotnického zařízení zažádalo o externího supervizora z řad akreditovaných supervizorů. O vzdělání dalších supervizorů se sestry dozvěděly na základě představení osoby a odbornosti supervizora při zahájení supervize. Ostatní supervizoři byli původním povoláním zdravotní sestry, které měly doplněné vysokoškolské vzdělání zdravotnického zaměření a absolvovaný supervizní výcvik.

Na základě analýzy získaných dat je možné konstatovat, že supervizor, který provádí klinické supervize na psychiatrických pracovištích, by měl mít přehled o oboru psychiatrie, měl by znát i specifika a problematiku specializovaného oboru gerontopsychiatrie. Nejde jen o specifika oboru, ale hlavně o letitou a klinickou zkušenost s pacienty s duševní poruchou. Měl by brát na zřetel práci v přirozeném prostředí pacienta, práci s rodinou, zvládání krizových situací. Měl by umět zhodnotit psychický stav pacienta a zavést správný proces edukace a reedukace. Přidělený supervizor ve všech organizacích (krom jedné organizace/informantky, viz. níže vyjádření informantky R1) vzbuzoval v supervizantech důvěru a dodržoval etické zásady klinické supervize.

Jedna z dotazovaných informantek udávala nelibý dojem ze supervizora, který vedl klinické supervize na jednom z analyzovaných pracovišť – ***R1: ...moc mi nesedí, ale to je asi jenom můj problém...“***.

Očekávání sester vůči supervizorům

Supervizor, který poskytuje supervizi v kontextu psychiatrických zdravotnických organizací sestrám se specializací v péči o duševně nemocné anebo multidisciplinárním týmům zdravotníků, by měl být schopen, shodně na základě analýzy dat z většiny rozhovorů, poskytovat nejen pochopení, podporu, zpětnou vazbu, ale i specifické informace, odbornou konzultaci ke konkrétním intervencím v rámci předkládaných kazuistik, a tedy i odborné usměrnění, vedení. Dále musí, dle očekávání informantek zúčastněných ve výzkumu, být schopen rozšiřovat a zdokonalovat dovednosti a kompetence sester v psychiat-

rickém ošetrovatelství. Aby mohly být do funkčního spektra supervize zahrnuty i specifické potíže supervizandů z praxe – jde zejména o potíže klinické, zdravotnicko-právní a etická témata, dilemata a problémy metodické povahy, ale v intervencích supervizora dovedně propojené s odborně-osobnostními a organizačními aspekty – musí supervizor prokázat značnou erudici. Je možné konstatovat, že na základě analýzy dat je potřeba supervize ve svém tematickém zaměření úzce vázaná na specifické potíže, specifické způsoby projevu psychiatrických poruch a psychosociální problémy pacientů s psychiatrickou diagnózou, tedy i na kazuistickou supervizi.

Subkategorie: Supervidování

Supervidovanými jsou pracovníci psychiatrického oddělení, tj. psychiatrické sestry, lékaři, psychologové, sociální pracovníci, ergoterapeuté, fyzioterapeuté, psychoterapeuté, sanitáři, kteří jsou součástí supervize na pracovišti, přijímají ji a akceptují.

Požadavky na supervidované byly dvojstranné. V některých organizacích probíhá klinická supervize na bázi dobrovolnosti zúčastněných, v jiných organizacích je nastavena povinně. V obou případech je účast na supervizi započítána do pracovní doby zúčastněných. Pravidlem účasti v klinické supervizi důvěrnost informací.

Sestry, které byly účastnicemi klinické supervize, mají k supervizi kladný vztah. Přijímají ji jako součást své každodenní práce. Sestry supervize zajímá a těší se z ní. Pociťují vždy úlevu od starostí a podporu v práci s pacienty. Během supervize se mohou ke všemu vyjádřit, ať k tématu supervize nebo formě supervize. Sestry jsou motivovány k vyřešení svého problému, mají připravená témata k reflexi. Jedna z dotazovaných vyzdvihovala lidskost všech zúčastněných supervizního setkání.

Subkategorie: Formulace cílů klinické supervize

Cíle klinické supervize kontraktuje rámcově již management organizace v písemném kontraktu. Tyto cíle nabývají konkrétního obsahu až v kontraktování v rámci každého supervizního setkání. Cíle se mohou měnit a doplňovat.

Klinickou supervizi dotazované sestry rozdělily na dvě skupiny, a to supervizi zaměřenou na sebe a své problémy a supervizi zaměřenou na pracovní postupy týkající se pacientů. To v podstatě odpovídá v odborné literatuře zavedenému označení supervize na kazuistickou a supervizi komunikačně vztahovou. Dotazované sestry nejvíce od supervize očekávají jisté tvrzení, že dělají svou profesi správně. Tento pocit a potřeba ujištění může

pramenit z nedostatečné zpětné vazby, kterou by měl sestřám poskytovat ošetrovatelský management. Profesionální nejistota se vztahuje i na obavy související s očekáváními, spojenými s rolí supervidovaného "nováčka" při zavádění změn. Obavy mohou být nejen v souvislosti s implementací samotné supervize do organizace, ale celý kontext některých organizací se může nacházet v turbulentním procesu změn psychiatrické péče a supervize může být v tomto období tedy obzvláště užitečná a smysluplná.

Subkategorie: Formy klinické supervize

Dle analýzy dat mají informantky zkušenosti s různými formami supervize. Rozбором dat vyplynulo, že nejčastějšími formami supervize je v organizacích poskytována týmová a skupinová supervize. Informantky upřednostňují **skupinovou** supervizi. Výhodou skupinové supervize je inspirace postupy a myšlenkami kolegů, získání neocenitelných informací a zkušeností z praxe. Účastníci klinické supervize mohou za podpory kolegů bezpečně sdílet náročné situace ze své práce, hledat optimální způsoby postupu při jejich řešení a jejich zvládnutí. Jiné analyzované sestry by absolvovaly raději **individuální** supervizi, kdy by mohly své potřeby a problémy reflektovat se supervizorem osobně. Supervizor pak pracuje s jedním pracovníkem, který tak může cítit dostatečné bezpečí k tomu, aby mohl mluvit i o profesních věcech, které je obtížné otevírat před více lidmi. Zároveň lze individuální supervize výborně využít k soustředěné práci na konkrétním případě (důkladný rozbor práce s klientem, který představuje v nějakém směru velkou výzvu pro pracovníka). **Kazuistická** (případová) forma supervize probíhá ve třech zdravotnických zařízeních. Případová supervize se zaměřuje na řešení náročných situací, které vznikají při práci s klienty. Tato supervize přispívá ke zvýšení kvality poskytované péče, odhalení nedostatků, vyřešení problému, lepšímu porozumění práce zdravotníků s pacienty a tím i kvalitnější a profesionálnější komunikaci. V supervizi dotazované sestry též očekávají ověření správnosti zvoleného postupu při práci s pacientem, rozšiřování možností a alternativ práce s konkrétním pacientem a korigování neefektivních postupů.

Subkategorie: Místo realizace klinické supervize/očekávání od supervize

Místa, kde probíhala supervizní setkání v jednotlivých organizacích, si byla vždy něčím blízká. Dle výpovědi informantky **R7**: „*Bylo to na našem oddělení, na komunitní místnosti, kde jsme seděli všichni v kruhu. Byla to uzavřená místnost, kam se nikdo jiný nedostane.*“ Jiná dotazovaná sestra měla obdobnou odpověď; **R6**: „*Asi tak, jak je to teď.*“

Příjemné prostředí, lidskost všech zúčastněných.“ Také prostor pro realizaci supervize byla místnost na oddělení, kde probíhají porady sester. Informantky na svých pracovištích mají stejné nebo podobné pracovní prostředí pro realizaci klinické supervize. Supervizní setkání bývá realizováno v příjemných, útulných místnostech, které jsou dostatečně prostorné a prosvětlené. Kdyby si ovšem mohly dotazované sestry představit a vybrat si ideální prostředí pro supervizi bylo by to např. někde v přírodě. Dotazované informantky by si přály, aby klinická supervize probíhala mimo zdravotnické zařízení, v neutrální místnosti. Překážky ale bývají převážně časové. Supervizanti by v tomto případě museli dojíždět na jiné domluvené místo, či přímo za supervizorem do jeho pracovny. Zde vyvstávají překážky týkající se provozu pracoviště. V případě, kdy supervize probíhá na oddělení, je vždy možnost pomoci pracovníkům na daném oddělení v péči o pacienty, v případě neočekávané události. Supervize mimo oddělení je také finančně zatěžující. Provoz pracoviště musí být personálně zajištěn a účast na supervizi bývá také započítávána do pracovní doby sester.

Subkategorie: Frekvence supervize

Každé zdravotnické zařízení má frekvenci klinické supervize nastavenou dle potřeb organizace. Z analýzy dat vyplývá, že ve zdravotnických zařízeních se klinická supervize koná pravidelně, 4x ročně, tzn. je součástí běžné pracovní činnosti sester. V jednom zdravotnickém zařízení probíhá vždy jedenkrát za dva měsíce, tj. šestkrát do roka v délce trvání 2 hodin. Ve druhé organizaci probíhá klinická supervize jedenkrát za tři měsíce, tj. 4 krát do roka v délce trvání 2,5 hodiny. Ve třetím zdravotnickém zařízení probíhá jedenkrát až dvakrát za 1 měsíc, v délce 2 hodin. Dle analýzy dat a názorů informantek vyplývá zjištění, že optimální nastavení frekvence supervize v organizaci je pro ně 4x do roka. Dle analýzy dat se tato frekvence považuje za neefektivnější. Ostatní zdravotnická zařízení mají klinické supervize vždy na požádání zaměstnanců, iniciativy vedoucích pracovníků nebo v případě neřešitelného problému, který nejsou schopni vyřešit vlastními silami a chtějí znát na problém jiný názor, nejlépe supervizora, který není zaměstnancem daného zdravotnického zařízení.

Subkategorie: Organizování supervize

Na konkrétních pracovištích poskytující psychiatrickou péči je supervize organizována vždy vedoucím zaměstnancem, kterým je vrchní či staniční sestra. Ve většině zdravotnických zařízení je účast na supervizi povinná a je započítána do pracovní doby zaměstnanců. Dvě zdravotnická zařízení ponechávají klinickou supervizi na dobrovolnosti zaměstnanců – pak se ale nemůže hovořit o týmové supervizi. Z analýzy dat bylo zjištěno, že v některých organizacích se nesetkává celý tým na supervizi z důvodu potřeby zabezpečení chodu oddělení.

Dle analýzy dat místo, kde klinická supervize probíhala, bylo vždy zdravotnické zařízení, které o klinickou supervizi požádalo. Ve většině případů se odehrávala v místnostech na odděleních, kde se koná kolektivní setkávání s pacienty.

Velikost supervizní skupiny v rámci skupinové supervize byla dle dotazovaných informantek 20 účastníků, kdy je v tomto případě zachována multidisciplinarita. V dalších pracovištích poskytujících psychiatrickou péči se počet pohybuje v počtu 18, 12, 10, 8 účastníků. Dle výsledků analýzy dat je v organizacích klinická supervize rozdělena na dvě skupiny, dle daného pracoviště. Tato pracoviště jsou rozdělena na část léčebnou a psychotherapeutickou. Každá z těchto částí organizace má nastavenou patřičnou supervizi. Analýzou zjištěných dat toto rozdělení částí v organizaci není optimální z důvodu zachování multidisciplinarity. Při budoucí supervizi, by bylo ideální, aby byl součástí supervize celý multidisciplinární tým. Účast vedoucího zaměstnance na supervizi není dotazovanými sestrami vítána. V jedné organizaci přesto byla vedoucí pracovnice přítomna. Téma k řešení na supervizi bylo interpersonální, a proto mohla být vedoucí pracovnice součástí supervizní skupiny. Ještě předtím se vedoucí pracovnice ptala všech zúčastněných a supervizora, zda nebude problematické, když bude též součástí supervizního setkání, což je jedním z pravidel supervize.

Zájem nadřízených pracovníků účastnit se klinické supervize byl ve všech zdravotnických zařízeních. Dotazované sestry snahu z pohledu nadřízených pracovníků shledávají pozitivně. Zájem vnímají jako podporu v řešení problémů. Někteří z nadřízených se ptají na pocity zúčastněných, zda je klinická supervize pro ně přínosná, zda chtějí v supervizi pokračovat. Vedoucí pracovníci chtěli znát výstup z klinické supervize, chtěli být seznámeni se zápisem z proběhlé supervize. V jednom zařízení se nadřízení zajímali o splnění daných témat a zadání nových cílů.

Subkategorie: Profil témat klinické supervize ve vybraných organizacích

Na základě analyzovaných dat byly vystopovány všechny tři základní funkce supervize:

1. Potřeba rozvoje pracovních kompetencí supervidovaných;
2. Potřeba získávání podpory při potížích;
3. Potřeba sdílení odpovědnosti ze strany zkušenějšího experta, metodické vedení, soulad s institucionální politikou, s pracovními postupy/standardy.

Nejčastější témata, která se řeší v oblasti psychiatrického ošetřovatelství, tvoří intervence s pacienty. Námětem je např. zaměření se na nejvhodnější nastavení medikace u hospitalizovaných pacientů. Oslovené informantky se domnívají, že náležitá terapie přispívá k lepší spolupráci s pacienty. S tím souvisí další téma, kterým se sestry v supervizi zabývají, a to je podle – **R4: „Práce s obtížným klientem“**. Z analýzy dat vyplynulo, že se informantky v supervizi zabývají i dalšími tématy, a to např. interpersonálními vztahy na pracovišti. V rámci interpersonálních vztahů byly reflektovány konflikty mezi spolupracovníky a s vedoucím pracovníkem. Nejzávažnějším problémem se vyznačovala neadekvátní komunikace vedoucího zaměstnance se svými podřízenými.

Na otázku, která témata by sestry rády v supervizi také řešily, zaznělo velké množství podnětů, např. **R3: „Případové studie, nároky kladené ze strany zaměstnavatele, nerovnoměrné rozložení požadavků ze strany vedoucích...“**. Dotazované informantky by rády přemýšlely nad sebereflexí, jak správně komunikovat v týmu nebo s pacientem. Informantky by chtěly pomoci s metodikou své práce ve smyslu správné komunikace s klienty v komunitní péči nebo práci s emocemi v multidisciplinárním týmu. Také by rády požádaly o pomoc při zkvalitnění a zefektivnění své práce. Chtěly by slyšet nápady, jak lépe využít čas při práci s pacienty. Dle dotazované informanty by mohlo být zajímavé téma supervize – **R3: „Téma vidím v komunikaci až obtěžování sester v terénním mobilním týmu ze strany rodinných příslušníků pacienta.“** Rodinní příslušníci pacientů nerespektují mnohdy pracovní dobu pracovníků v terénním týmu nebo – **R3: „Zneužívají nabízené služby pacienta.“** Negativní zkušenosti mají sestry v terénním týmu při práci s klienty, kteří jsou agresivní slovně, ale i fyzicky. Jako jedno z témat, dle sdělení informantek, by bylo vhodné zahrnout nespolečnou spolupráci s pacienty, kteří užívají návykové látky s následnou dekompenzací zdravotního stavu s vazbou na změnu v chování a jednání pacienta.

Subkategorie: Etika klinické supervize

Subkategorie Etika klinické supervize se zabývá etickými aspekty, zásadami a etickými dilematy sester při práci na psychiatrických pracovištích. Etika v klinické supervizi musí odpovídat etice obecné, zejména v oblasti dodržování lidských práv. Rovněž musí být ve shodě s jednotlivými etickými profesními kodexy.

Etiku vnímají sestry jako součást každodenní péče o pacienty. Pro sestru **R1**: *„Etické pro mne je prostě nelhat pacientovi, být k nim upřímná, klidná, vyslechnout je.“* Dotazované sestry odpovídaly, že podstatná je ochrana pacientů před nevhodným zacházením, neoprávněným zasahováním do jejich svobod (ochranné léčení, omezování ve způsobilosti), včetně soudního posuzování a nátlaku na jejich osobu. Ohledně přístupu k pacientům sestry upřednostňují adekvátní komunikaci. Za naprosto neetické chování k pacientům, udávají dotazované sestry „tykání“ pacientům a familiární oslovení pacientů. Zachování intimity a soukromí pacienta je vnímáno jako velmi důležité. Velmi významné je zachovat si profesionální chování v případech, kdy je pacient vulgární či agresivní – **R6**: *„...hlavní je si zachovat profesionalitu, i když je dotyčný pacient velmi vulgární či agresivní k vaší či jiné osobě...“*. Podstatné jsou postoje k pacientům, ve smyslu nesnižování jejich důstojnosti, nezesměšňovat je, nediskriminovat, nešířit o nich informace, nemluvit konkrétně o pacientovi před jiným pacientem. Nehodnotící postoje, kterým je „nenálepkování“ (etiketizace), stigmatizace pacienta, dotazované sestry neudávaly.

Etickým dilematem bývá zdůraznění práv pacientů. Snaha o to, aby pacienti s psychiatrickou diagnózou, včetně těch se sníženou kompetencí, mohli v co největší míře rozhodovat sami o sobě a způsobu svého života – **R2**: *„Rozeznat například, zda se jedná o účelovou žádost o pomoc. Mít na vědomí, že vždy se pracuje s verzí příběhu od daného klienta a nevíme dosti často, jak to třeba ve skutečnosti je.“* Dotazované sestry by si přály změnu přístupu společnosti k psychiatrickým pacientům. Po profesionálech pracujících s pacienty společnost, příbuzní vyžadují kultivované chování. Sestry by chtěly nastolit spolupráci zdravotnictví a veřejné správy ve prospěch psychicky nemocných.

Tabulka č. 3: Příklady kódů vztahující se ke kategorii Supervizní kontrakt

<p>KATEGORIE: SUPERVIZNÍ KONTRAKT</p>
<p>Subkategorie: Supervizor</p> <p>R4: „...byla to žena, ale nepamatuji si jméno ... myslím, že měla několik titulů, jak před jménem, tak za jménem...“</p> <p>R5: „...supervizorka byla psycholožka...“</p> <p>R7: „...paní byla nejspíš supervizorka zaměřená na týmové supervize ve všech oborech, ne jen ve zdravotnictví...“</p>
<p>Subkategorie: Supervidování</p> <p>R1: „...nejsme do toho nijak tlačení, což je asi i dobře, ale možná trošku by se mohlo zatlačit...“</p> <p>R2: „...být aktivní, komunikativní, hlavně se účastnit na setkávání...“</p> <p>R4: „...musela jsem být přítomná a spolupracovala jsem...“</p> <p>R6: „Motivována jsem byla tím, že jsem slyšela zkušenosti a postřehy z předešlých supervizí.“</p> <p>R7: „...to co tam řekneme, tak tam také zůstane...“</p> <p>R4: „...měla jsem smíšené pocity, ale bylo to pohodové povídání...“, „...měla jsem dobrou náladu...“</p> <p>R5: „Měla jsem vloni svou první individuální supervizi na požádání a to bylo super!“</p>
<p>Subkategorie: Formulace cílů klinické supervize</p> <p>R4: „...aby se urovnaly interpersonální vztahy na pracovišti...“</p> <p>R6: „...větší spolupráce mezi pacienty a pracovníky ... ještě větší zkvalitnění péče o ně...“</p> <p>R7: „...těšili jsme se, co z toho bude a že se dojde k nějakému řešení, že se něco někam pohne...“</p>
<p>Subkategorie: Formy klinické supervize</p> <p>R1: „...mě vyhovuje ta skupinová, možná víc než ta individuální...“</p> <p>R3: „...byly nám poskytnuty všechny formy podle našich potřeb a poptávky...“</p> <p>R7: „...u nás probíhala týmová supervize...“</p> <p>R8: „...mám osobní zkušenost především ve skupinové formě...individuální je většinou dobrovolná...“</p>
<p>Subkategorie: Místo realizace klinické supervize/ očekávání od supervize</p> <p>R2: „...probíhalo by to v lese...“</p> <p>R4: „...aby každý na každého viděl...sezení v kruhu, pohodlí, dýchatelný vzduch...“</p>
<p>Subkategorie: Organizování supervize</p> <p>R1: „...různě tam chodí...někdo přijde, někdo tam nepříjde...“</p> <p>R4: „...byly jsme dvě skupiny, aby byl zajištěn chod oddělení...“</p> <p>R6: „... za mě je povinnost příjemná...pro mě jsou supervize velkým přínosem...“</p> <p>R7: „...z volna měly sestry proplaceno jako přesčas...“</p>

Zdroj: Vlastní zpracování

KATEGORIE: SUPERVIZNÍ KONTRAKT
Subkategorie: Profil témat klinické supervize R1: „...řešení o pacientech...celkové organizační věci i vztahové věci na tom pracovišti...“ R3: „...prevence poškození klienta pracovníkem a naopak...“ R6: „...úplně si nevím rady, jak dál pokračovat v plánování péče o pacienty...“ R7: „...urovnání mezilidských vztahů...“
Subkategorie: Etika klinické supervize R2: „Podpora je velmi důležitá...provázení...nehodnotit pacienta...“ R3: „...vyjádřit se ke zbavení svéprávnosti pacienta...“ R7: „...hlavně určitě nešíříme informace o pacientech...“, „...řešili jsme komunikaci mezi ostatními...“

Zdroj: Vlastní zpracování

10.3 Kategorie: Modely zavedení supervize do organizace

V supervizním kontextu je využíváno několik modelů supervize (viz. Schéma č. 4). Analýzou zkoumaných dat jsou v této kategorii popsány užívané modely zavedení supervize v organizacích.

Informantky na základě analýzy dat upozorňují na zajímavý podnět, a sice že názory zdravotníků v týmu na supervizi jsou ambivalentní. Sestry, které supervizi absolvovaly v jiných zdravotnických zařízeních, by si přály supervizi zavést i do dosavadního zdravotnického zařízení, kde jsou zaměstnány. Absolvování supervize je jedním vzorcem zkušenosti. Sestry takto mohou do nové klinické supervize vnášet poznatky a zkušenosti z již proběhlých supervizí.

Obrázek č. 4: Schéma kategorie Modely zavedení supervize do organizace a její subkategorie



Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Model Zdola

Možnost realizace a účasti na supervizi jedno stávající pracoviště zatím nenabízí/nemá pro své zaměstnance ve své nabídce. Převážně jde o psychiatrické sestry terénního mobilního týmu. Dle výpovědí informantek je v terénním týmu zaměstnáno 2-5 sester a všechny jsou pro zavedení supervize do praxe. Tento požadavek přednesly managementu organizace a jsou ve fázi vyjednávání. Neochota manažerů naslouchat svým podřízeným je velkým omezením v implementaci supervize – **R3: „...vedení nevnímá supervizi jako běžnou součást výkonu profese zdravotnických pracovníků a nesdílí tak bohužel můj názor...“.**

Na tomto modelu participují převážně „řadoví“ zaměstnanci. Agentem změny bývají zdravotníci – v psychiatrickém ošetrovatelství se nejčastěji jedná o vrchní či staniční sestry konkrétního úseku/oddělení, kteří aktivně změnu iniciují a zavádějí v klinické praxi. Jsou to pak obvykle členové užšího implementačního týmu. Na základě výpovědí informantek je možné konstatovat, že tito pracovníci se většinou účastní i samotného výběru supervizora pro konkrétní pracoviště. Týmy pracovníků, jsou aktivně zapojeny do procesu kontraktování supervize a jsou to také často pracovníci, kteří i samotného supervizora "uvádějí" na konkrétní pracoviště, představují jej konkrétnímu týmu zdravotníků. Očekávání manažera, přístup, manažerský styl tedy bude sehrávat zásadní roli v ne-přijetí supervizora i samotného konceptu supervize celým týmem, jednotlivými pracovníky.

Implementace supervize do organizace je mnohem snazší, když se účastník z řad sester/zaměstnanců může, nikoliv musí sám podílet na přípravě a zavedení supervize v podmínkách klinické praxe. Tento účastník se již v minulosti účastnil klinické supervize a snadněji seznámí i ostatní zdravotníky na pracovišti s její podstatou. Může se vyjadřovat k časovému plánu kontraktování supervize a ověřovat efektivitu supervize na svém pracovišti. Ví, jak se bude vyhodnocovat supervizní setkávání, nadále spolupracovat a stanovovat nové cíle. Participace ovlivňuje pozitivně přístup pracovníků ke změně. Výhodou bývají také zkušenosti zaměstnanců při kontraktování zaměření a formátu supervize. Zaměstnanci znají velmi dobře procesy, které denně provádějí, orientují se v prostředí organizace a mohou přinést zajímavé podněty.

Dle výpovědí dotazovaných informantek je podporujícím faktorem implementace klinické supervize samotný zájem sester zavést supervizi do organizace. Tam, kde klinická supervize již proběhla, by chtěly, aby pokračovala, navázala na předchozí supervizi a byla

zařazena jako běžná součást jejich práce. V těchto případech bylo vedení organizace přístupno budoucímu navazování klinické supervize.

Subkategorie: Model Shora

Management zdravotnických zařízení vnímá supervizi jako velmi důležitou a jako určitou podporu svých zaměstnanců v interakci s pacienty, ale i v kolektivu svých podřízených pracovníků. Druhým modelem v procesu implementace klinické supervize do organizace je „Model shora“. Tento model implementace supervize je iniciován a podpořen managementem organizace. **Manager organizace/ředitel, top manager/hlavní sestra/náměstkyně ošetrovatelské péče**, to znamená vedoucí pracovník s rozhodovací pravomocí, v jehož zájmu je, aby supervize a z ní plynoucí postupy, strategie a změny byly úspěšně zavedeny. Odpovědností managementu je zajistit, aby zaměstnanci podstupovali supervizi na požadované úrovni. Současně by se měl management organizace/vedoucí pracovník zaměřit na podporu procesu změn, které se zavedením supervize spolu souvisejí.

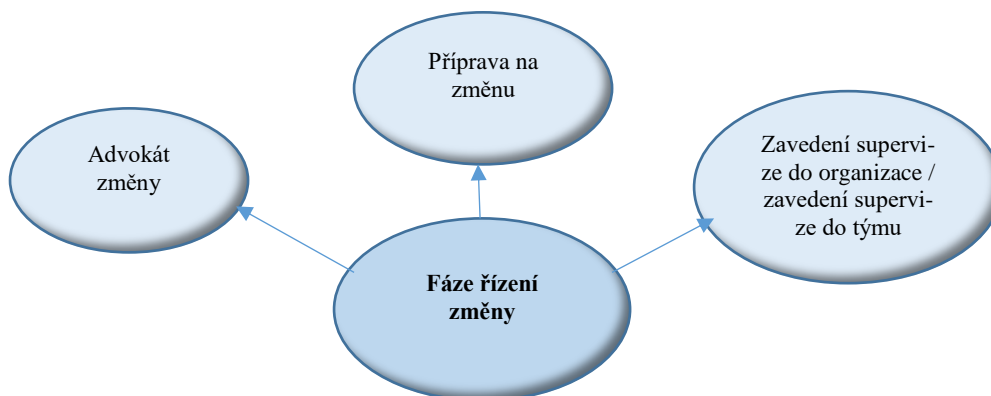
Posouzení vlivu, jaký bude změna/implementace supervize mít na organizační kulturu konkrétního zdravotnického zařízení, jeho jednotlivé úseky či oddělení, která implementaci supervize zvažují, je velmi důležité ve fázi řízení změn.

10.4 Kategorie: Fáze řízení změny

Řízení změny jsou postupy managementu, které provázejí zavádění významnějších změn a jejich úkolem je usnadnit uskutečnění změny v daném prostředí. Podmínky pro uskutečnění změny, tzn. implementaci supervize, byly dle výpovědí informantek v každé zdravotnické organizaci, na každém pracovišti jedinečné a specifické. Byly ovlivněny samotným charakterem pracoviště, jeho zaměřením, velikostí apod., jak bylo zmiňováno výše v textu. Dále mohou být ovlivněny stylem řízení, organizační kulturou, zkušenostmi zdravotníků z provádění předchozích změn, osobností vedoucích pracovníků, vrchních, staničních sester a dalšími faktory, včetně osoby samotného supervizora a supervidovaných. Úkolem managementu konkrétní zdravotnické organizace je aktivně vytvářet podporu zdravotníků pro úspěch a podporu procesu zavádění změn, tedy také implementaci supervize do klinické praxe organizace. Kategorii Fáze řízení změny popisují subkategorie:

Advokát změny, Příprava na změnu, Zavedení supervize do organizace / zavedení supervize do týmu (viz. Schéma č. 5).

Obrázek č. 5: Schéma kategorie Fáze řízení změny a její subkategorie



Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Advokát změny

Získání podpory a souhlasu vybraných pracovníků pro účely řízení změn v procesu zavádění supervize do organizace je možné na základě analýzy získaných výzkumných dat definovat několik skupin pracovníků.

V procesu prvotního ovlivnění názorů a postojů zdravotníků k zavedení konceptu supervize na oddělení, do konkrétní organizace zaujímají specifické a významné postavení a roli pracovníci, které můžeme označit jako **advokáty změny**. Na základě analýzy dat vyplynulo, že se jedná o jednotlivé členy týmu zdravotníků anebo menší skupiny zaměstnanců, které mají pozitivní zkušenost s realizací supervize v roli příjemců supervize a mají zájem na zavedení supervize, ale nemají rozhodovací pravomoci. Jedná se převážně o sestry, které dle výpovědí měly osobní "žitou zkušenost" s realizací supervizních setkání na jiném pracovišti a v rámci současného zaměstnání a pracoviště jsou to právě ony, kdo přinášejí argumenty ve prospěch zaváděné změny – implementace supervize. Kolegyně v týmu informují o svých, mnohdy však nejen pozitivních přínosech absolvované supervize v minulosti. Ovlivňují tak nejen samotná očekávání a "fantazie" o supervizi jednotlivých pracovníků, potenciálně budoucích příjemců supervize, ale celý systém významů, hodnot, norem a pravidel supervize, které prostřednictvím "socializace" předávají dalším členům týmu, tzn. konceptu supervize doposud neznalým pracovníkům. Kromě strategie informo-

vání o konceptu supervize managementem a postupu jeho zavádění do klinické praxe jednotlivých pracovišť, mají v předimplementační fázi nedocenitelnou a významnou roli v redukci nejistoty a vlivu na pracovní morálku a emocionální pohodu zaměstnanců, právě pracovníci v pozici "advokát změny". Je vhodné připomenout, že "za-žití" a předávané zkušenosti konkrétních pracovníků – "agentů změny" jsou sdílené, nelze je dohodnout, nařídit ani vyjednat.

Subkategorie: Příprava na změnu

Změny mohou být různého charakteru, např. změna organizační struktury při restrukturalizaci pracoviště, změna pracovních postupů / implementace standardů ošetrovatelské péče, implementace konceptu supervize na jednotlivé pracoviště/oddělení anebo implementace systému supervizí do celé zdravotnické organizace, napříč všemi jednotlivými odděleními/klinikami. Pro kontext psychiatrie jako oboru, tedy i pro psychiatrické ošetrovatelství jsou charakteristické v současnosti změny, související s reformou celého systému psychiatrické péče (popsáno v subkategorii Reforma psychiatrické péče).

Každá připravovaná a realizovaná změna má různý vliv na skupiny pracovníků nebo jednotlivé zdravotníky. Každý jednatel pak různě reaguje na změny, které se ho konkrétně a specificky dotýkají. Je lidskou přirozeností, že se změnám intuitivně bráníme, protože pro nás většinou představují nejistotu, tím vzniká zjevná či skrytá rezistence, odpor ke změně a nespolupráce při jejím zavádění.

Subkategorie: Zavedení supervize do organizace / zavedení supervize do týmu

Management by měl na samém začátku vypracovat program pro podporu zavedení supervize, obzvláště pokud se bude jednat o zavedení supervize napříč celou organizací. Samozřejmě, že rozsah aktivit a počet lidí participujících na přípravě bude záviset také na velikosti organizace. Zřejmě po podpisu rámcového kontraktu zadavatelem a managementem přecházejí organizace v procesu implementace změn do fáze další, již je fáze předimplementační.

Předimplementační fáze se začíná realizovat návrhem změn v podobě přípravy prostředí pro realizaci supervize, zapojení celé organizace/týmu do procesu zavádění změn. V

této subkategorii jsou popsány faktory, které podporují a omezují zavedení supervize do organizací.

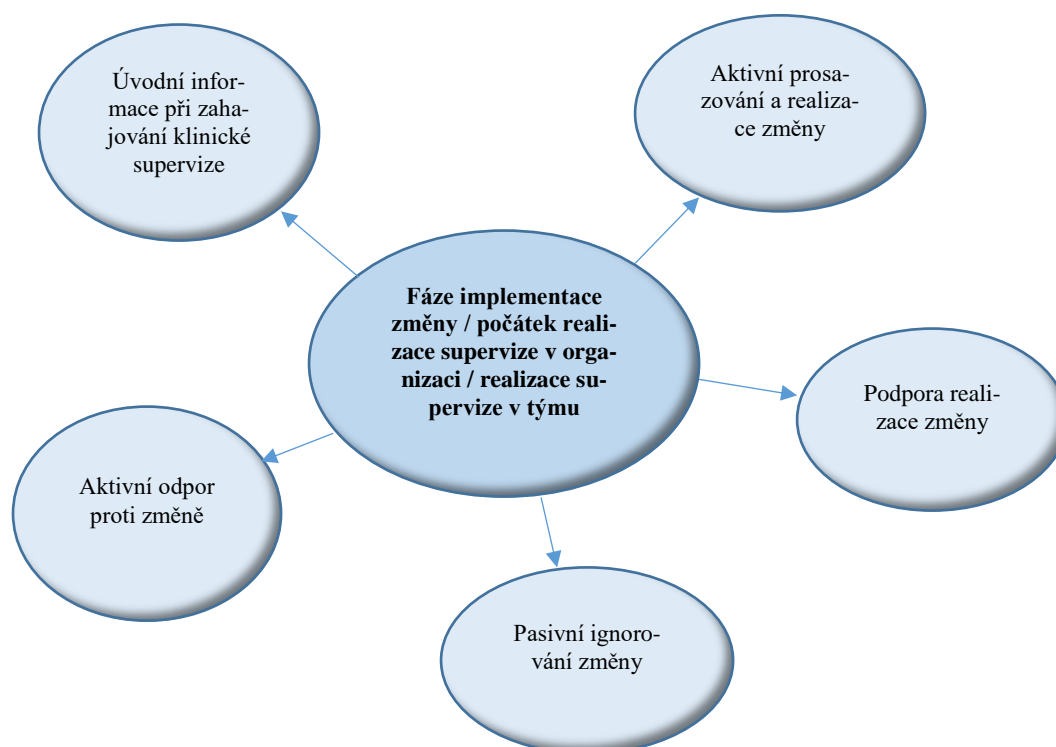
Jednou ze strategií, usnadňujících zavedení supervize, nejen na úrovni organizace, ale také na úrovni konkrétního týmu je komunikace a informování pracovníků, kterých se zavedení supervize bude bezprostředně dotýkat, tzn. supervidovaných. Úkolem managementu je v této fázi volba různých forem a prostředků pro vysvětlení změn a jejich dopadu na organizaci i konkrétní zaměstnance. Otázkou ke zvážení je vhodné načasování informací, jejich rozsah a způsob komunikace. Z analyzovaných dat vyplynulo, že nejčastěji jsou "koncoví příjemci supervize", tzn. supervizanti informováni o plánované implementaci supervize na poradě se středním managementem. Tak tomu bylo i v případě výpovědi informantky *R4*: „***Informovala nás staniční sestra a dala nám formulář, kde jsme si vybírali ze tří termínů a podpisem se zapsali.***“

Ve dvou organizacích supervize probíhá pravidelně, 4x do roka a je zavedena jako součást výkonu profese sester. V těchto organizacích nebylo třeba sestry informovat, neboť všechny sestry se supervize pravidelně účastní a tedy znají průběh celého supervizního setkání. V případě nově nastupujících zaměstnanců, informace o supervizi předává staniční sestra. Také v případech, kdy historie realizace supervize je v konkrétní organizaci, na konkrétním pracovišti zavedená dlouhodobě, ve výpovědích informantky popisují tuto realitu jako "realizace supervize odnepaměti", sehrávají členové týmu či jednotlivci přijímající supervizi, tedy samotní supervidovaní, pozici "agenta změny", a to vždy ve vztahu k nově přichozím pracovníkům do organizace, pokud tito nemají žádnou osobní zkušenost se supervizí. V analyzovaných datech byla tato varianta/model zastoupen pracovištěm, poskytujícím služby krizové intervence. Na případu tohoto konkrétního pracoviště můžeme ilustrovat s vysokou pravděpodobností zřejmě poměrně známou a v kontextu psychiatrické péče značně rozšířenou skutečnost, že krizoví interventi a psychoterapeuté jsou profesní skupinou, která se už v průběhu dlouhodobých výcviků naučila přijímat supervizi, a to jako zcela nedílnou součást vzdělávání a psychohygieny v rámci výkonu své profese.

10.5 Kategorie: Fáze implementace změny / počátek realizace supervize v organizaci / realizace supervize v týmu

Implementace představuje v procesu řízení změn především sledování průběhu a efektivity změn, v našem případě tedy sledování průběhu a efektivity supervize v konkrétní organizaci, v konkrétním týmu. Tato problematika je vzhledem ke své komplexnosti zmiňována výzkumníci už spíše okrajově, pro dokreslení procesu zavedení supervize do organizace, neboť pro svůj rozsah a náročnost výzkumu nebyla tato fáze ani a priori samostatným předmětem výzkumného zájmu. Nicméně problematika realizace, vyhodnocení efektivity supervize a ukončování supervizní spolupráce by se mohla jistě stát předmětem dalších, navazujících výzkumů. Kategorie Fáze implementace změny popisují subkategorie: *Úvodní informace při zahajování klinické supervize, Aktivní prosazování a realizace změny, Podpora realizace změny, Pasivní ignorování změny, Aktivní odpor proti změně* (viz. Schéma č. 6).

Obrázek č. 6: Schéma kategorie Fáze implementace změny / počátek realizace supervize v organizaci / realizace supervize v týmu a její subkategorie



Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Úvodní informace při zahajování klinické supervize

Z analýzy odpovědí vyplývá, že o klinické supervizi byly sestry informovány vrchní či staniční sestrou na provozní poradě, ze které pak vzešel zápis s termíny konání supervize. Účastníkům supervize bylo staniční či vrchní sestrou vysvětleno, proč se supervize do organizace zavádí, co je jejím přínosem, jaká jsou očekávání sester od supervize, jaká budou témata a jak bude supervize organizována.

Subkategorie: Aktivní prosazování a realizace změny

Pokud byl iniciátorem zavedení supervize do organizace top management, pak je velmi pravděpodobná i významná podpora a jeho proaktivní přístup v procesu kontraktování a přípravě procesu implementace supervize do organizace. Je-li pozitivní postoj top managementu k realizaci supervize v organizaci, je možné hovořit o tzv. „přístupu shora“ Za předpokladu, že iniciativa a zájem o zavedení a realizaci supervize v organizaci vzešla od samotných zaměstnanců, tedy zdravotníků a nikoliv manažerů, je možné očekávat negativní i pozitivní reakci managementu. V případě, že se obě skupiny ve svých očekáváních shodnou na potřebnosti a významu zavedení supervize do organizace, lze také očekávat společný proaktivní přístup a s největší pravděpodobností i úspěšné zavedení supervize do organizace. Ovšem v případě, že potřebu zavedení supervize vnímají pouze pracovníci a management není této situaci nakloněn, není supervize do organizace zavedena.

Subkategorie: Podpora realizace změny

Podporu implementace a realizace supervize můžeme očekávat, jak již bylo zmíněno výše v textu kapitoly, od tzv. **agentů a advokátů změny**. Nejčastěji to jsou vrchní či staniční sestry, vedoucí oddělení, primáři konkrétního úseku, oddělení, kteří aktivně podpoří zavedení supervize do klinické praxe. Obhájce realizace supervize v organizaci nalezneme také, jak naznačují výsledky analýzy dat mezi samotnými supervidovanými, tedy zaměstnanci, kteří již v minulosti pozitivní zkušenost se supervizí udělali.

Subkategorie: Pasivní ignorování změny

Změna, zavedení supervize je některými pracovníky neochotně přijímána, odporem ke změně pracovníci vyjadřují zejména podporu současnému stavu, situaci. Velmi často, společně s aktivním odporem a neochotou se supervizí ze strany zdravotníků účastnit,

pramení tento postoj z nařízení povinné účasti pro všechny supervidované ze strany managementu, negativních zkušeností s předchozí supervizí a v neposlední řadě může pramenit také z nevhodně zvoleného supervizora. Obzvláště pro týmovou supervizi bývá velmi náročné sladit vzájemné požadavky, potřeby a očekávání supervizora a jednotlivých členů týmu.

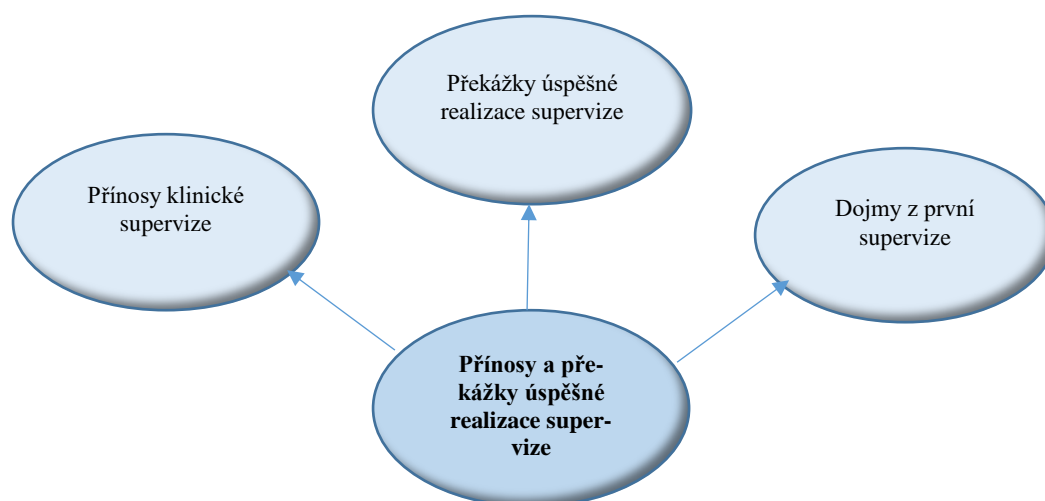
Subkategorie: Aktivní odpor proti změně

Jedná se o demonstrování odporu, nespolupráci a pokus zachovat si relativní pohodlí a status quo. Tento postoj velmi často pramení ze strachu z nových postupů, nejistoty, ztráty moci a kontroly. V současné době se mohou objevovat také obavy pracovníků z vyšší míry pracovní zátěže v situacích nedostatku a fluktuace personálu v organizacích.

10.6 Kategorie: Přínosy a překážky úspěšné realizace supervize

Kategorie Přínosy a překážky úspěšné realizace klinické supervize je popsána a znázorněna (viz. Schéma č. 7) v subkategoriích: *Přínosy klinické supervize*, *Překážky úspěšné realizace supervize*, *Dojmy z první supervize*.

Obrázek č. 7: Schéma kategorie Přínosy a překážky úspěšné realizace supervize a její subkategorie



Zdroj: Vlastní zpracování

Subkategorie: Přínosy klinické supervize

Subkategorie Přínosy klinické supervize se zabývá skutečnostmi ohledně klinické supervize, ať kladnými či negativními. Mezi pozitiva uváděly sestry dobře zvoleného supervizora, ke kterému mají důvěru. Ke kladným vlastnostem supervizora patří ochota pomoci druhým lidem, vlídnost. Stabilní složení supervizní skupiny je též pro dotazované sestry důležité. Ve skupině pak vzniká důvěra a respekt všech zúčastněných. Jako velké pozitivum vnímají sestry v klinické supervizi klidnou atmosféru během supervizního setkání, kde se problémy řeší formou diskuze a tím se předchází konfliktům.

Sestry účastníci se supervize, dle dotazovaných informantek, jsou klidnější, udávají zlepšení vztahů v týmu a získávají nové zkušenosti. Supervizi vnímají jako určitou podporu ze strany vedení, cítí se bezpečně ve svém jednání s pacienty i ostatními členy týmu, jsou rády za názor nestranného člověka, kterým je v klinické supervizi supervizor. Supervize dle dotazovaných sester slouží také k prevenci syndromu vyhoření nebo k účinnému zvládnutí pocitů bezmoci, které sestry prožívají v interakci s pacienty.

Pravidelné poskytování prostoru k reflexi obsahu a procesu vlastní práce, což spočívá v získání zpětné vazby a jiného pohledu na vlastní práci, hodnotí informantky kladně a velmi přínosně. Zásluhou zpětných vazeb mají dotazované sestry možnost zkvalitnit svou práci rozvíjením vlastního pochopení a dovednostmi v práci s pacienty, mohou lépe plánovat a využívat vlastní osobní a profesionální zdroje.

Jako problematický aspekt klinické supervize sestry udávají neshody a nedůvěru mezi zúčastněnými, nepříznivé interpersonální vztahy s vedoucím zaměstnancem, negaci, pasivitu, nespolupráci či odmítavé postoje některých účastníků. Dle výpovědi dotazované sestry **R5: „Některé sestry si supervizi odsedí a mají splněno“**. Toto zjištění svědčí spíše o pasivním přístupu některých sester. Také jedna z dotazovaných sester měla s klinickou supervizí v minulosti zkušenost mnoholetou a povětšinou negativní **R5: „Bylo to díky supervizorům, kteří to buď neuměli, nebo na to kašlali a jen si odseděli své těžké peníze.“** Po negativních ohlasech v organizaci vyvstala možnost volby/změny supervizora. Se změnou supervizora jsou nyní účastníci spokojeni.

Sestry účastníci se supervize vnímají velmi negativně přítomnost vedoucího pracovníka během supervizního setkání. V jeho přítomnosti nejsou, dle analýzy dat, schopny vyslovit všechny výhrady, které by chtěly řešit se supervizorem důvěrně, bez přítomnosti manažera.

V neposlední řadě problematickým aspektem v organizacích bývá nedostatek financí na realizaci klinické supervize.

Sestry pracující na psychiatrických pracovištích by měly mít specifické komunikační dovednosti, přesto mnohé z nich v průběhu klinické supervize mají obavu komunikovat před druhými lidmi. Obávají se ztrapnění či pláče před druhými. Též mají obavy ze sebeodhalení, z neznalosti reflektované problematiky, z prokázání nekompetentnosti. Dle analýzy dat sestry mívají obavy, zda jejich informace budou důvěrné, zda se neporuší pravidla mlčenlivosti a anonymity v rámci supervizních setkání. Jedna z oslovených sester měla velmi negativní zkušenost ze supervizního setkání, a to že byla postihnuta vedoucím za vyjádření svého vlastního názoru. Dle jejího vyjádření to proběhlo „pouze“ pokáráním, ale i tak tuto zkušenost sestra vnímala a popisovala jako velmi nepříjemnou. **R8: „Mám i negativní zkušenost s postihem za vyjádření vlastního názoru během supervize. To by se nikdy nemělo stát.“**

Rolí managementu je v této fázi proaktivního řízení změn, které spočívají v odhalení reakce supervidovaných na realizovanou supervizi, monitorace přínosů supervize pro jednotlivce/supervidovaný tým a použití odpovídajících postupů a prostředků pro eliminaci případných negativních reakcí supervizandů.

Těmto negativním reakcím a nenaplněným očekáváním by se do určité míry dalo s největší pravděpodobností zabránit, pokud by se i samotní supervizandi anebo jejich zástupci, mohli účastnit již od úplného počátku procesu kontraktování osobně, tzn. se také spolupodíleli na vyjasňování vzájemných očekávání zadavatele od supervizora, včetně nastavování cílů supervize.

Subkategorie: Překážky úspěšné realizace supervize

Prostředí, ve kterém supervize probíhá, musí být bezpečné. Častým problémem při týmových supervizích je obava z šíření informací mimo pole supervize. Pro dobrý průběh supervize je nutné, aby byli pracovníci motivováni k účasti na profesním rozvoji, k novým pohledům na své vztahy s klienty i v týmu. **Praktické překážky supervize v psychiatrickém ošetřovatelství**, které vyplynuly z analýzy dat, jsou:

Směnný provoz – většina zdravotnických zařízení funguje v nepřetržitém provozu. Terénní týmy velkou část pracovní doby tráví mimo pracoviště. Zrealizovat efektivní supervizi znamená umožnit, aby se jí účastnili všichni členové multidisciplinárního týmu.

Pravidlem bývá účast určitého povinného počtu supervizí. Vedení, které zvažuje zavedení supervize, musí být schopno zajistit přítomnost všech členů týmu na supervizních setkáních.

Uvolňování z pracoviště – dle analýzy získaných dat se zdravotnická zařízení k supervizi staví pozitivně a zároveň podporují poskytnutí financí i započtení hodin supervize do pracovní doby.

Subkategorie: Dojmy z první supervize

Účast a dojmy ze své první supervize byly pro dotazované sestry rozmanité. Když přicházely na první supervizi, měly některé z nich smíšené pocity či pocity nejistoty, nedůvěry, obavy, co takové sezení obnáší – **R8:** „...*nejistota, očekávání, nedůvěra...*“, „...*dobry pocit z možnosti vyjádřit svůj názor...podílet se na hledání řešení...*“. Některé sestry byly nedůvěřivé, jiné naopak plné velkého očekávání. Obavy ze supervizního setkání sestry vnímají ambivalentně. Jsou rády za vyřešení problému. Jedna z dotazovaných informantek udávala strach z vyjádření svého názoru. Další z dotazovaných informantek odcházela z první klinické supervize s bezvýhodným pocitem, a to takovým, že přemýšlela o celém setkání, zda se problém vyřeší či nikoli.

Po ukončení své první supervize některé oslovené informantky pociťovaly nadšení, odcházely – **R2:** „... *s dobrými myšlenkami, baví mě to... můžu se vyjádřit ke všemu, co mě trápí...*“, „...*s úlevou a zároveň s pocitem podpory...*“. Měly dobrý pocit z toho, že mohly vyjádřit svůj názor, spolupodílet se na hledání alternativ řešení a společně plánovat postup řešení problému. Jedna z dotazovaných sester udávala, že na své první supervizi pouze pozorovala ostatní a chod supervizního setkání. Až později se do komunikace zapojila.

Dotazované sestry po první supervizi měly také potřebu hodnotit výkon supervizora, např. vyzdvihovaly supervizora, jeho vedení supervizního setkání, naslouchání všem zúčastněným a patřičné názory na řešená témata.

10.7 Kategorie: Vzdělávací potřeby a informace o klinické supervizi

Poslední identifikovaná kategorie prezentuje vzdělávací potřeby informantek o problematice a specifikách supervize v psychiatrickém ošetřovatelství. Vzdělávací semináře

nebo akce vztahující se k problematice supervize před vlastní realizací neuskutečnila, dle analýzy dat, žádná z oslovených organizací.

Dvě zdravotnická zařízení mají klinické supervize pravidelné, jsou součástí pracovní náplně, tudíž nebylo nutné sestry o klinické supervizi informovat. Tam, kde klinická supervize proběhla jedenkrát anebo jen na požádání, informace o supervizi předala vedoucí na provozní poradě. Bližší informace sdělovala vrchní sestra nebo si je sestry samy vyhledaly;**R7:** „*Sestry nevědí, co to obnáší. Zašly za mnou nebo za staniční a zeptaly se, co to obnáší. Jediné co věděly, bylo téma k řešení.*“ Informační leták týkající se základních informací o supervizi nebyl v žádném zdravotnickém zařízení k dispozici. Dotazované sestry vnímají své znalosti o klinické supervizi jako dostačující, „okrajové“ nebo jako stále se učení novým věcem;**R1:** „*Trochu pojem o tom mám, ale že bych měla dobré znalosti, to asi bych řekla, že ne.*“ Na otázku, zda by sestry preferovaly témata vztahující se k problematice vzdělávání v supervizi, jedna z dotazovaných sester odpověděla – **R2:** „*Nepotřebuji to, nepřijde mi to podstatné.*“ ni v jednom z analyzovaných rozhovorů nezažněla informace, že vhodným formátem pro seznámení pracovníků s konceptem supervize by mohly být pre-supervizní workshopy, individuální rozhovory, články a odkazy na intranetu apod. Z analyzovaných dat tedy nevyplývá, zda se tento způsob seznamování pracovníků organizace s konceptem supervize v klinické praxi skutečně realizuje. Cílem je především vysvětlit důvody změny/zavedení supervize do organizace, její vliv na konkrétní skupiny pracovníků i jednotlivce a navrhnout postupy řešení, pokud pracovníci vyjadřují negativní očekávání, postoje ke změně. V této fázi je možné také zhodnotit význam pracovníka na pozici "advokáta změny", je-li takový pracovník v organizaci, týmu zaměstnán. Jako nepřímá, "zprostředkovaná zkušenost" dobré supervizní praxe může zapůsobit také např. účast zaměstnanců organizace na různých konferencích, seminářích o supervizi.

Tabulka č. 4: Příklady kódů vztahující se ke kategorii Vzdělávací potřeby o klinické supervizi

KATEGORIE: VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY O KLINICKÉ SUPERVIZI

<i>R4: „...vzdělávací akce nebyly...“</i>
<i>R6: „Stále se učím nové věci, ale za sebe bych nové poznatky získané díky supervizím hodnotila kladně.“</i>
<i>R8: „...semináře nebyly...“</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

10.8 Stručné shrnutí a vyhodnocení výsledků v kontextu stanovených cílů

Dílčím cílem č. 1 bylo analyzovat podmínky a faktory, ovlivňující proces zavedení a realizace supervize v psychiatrickém ošetrovatelství. Podmínky i faktory, které ovlivňují proces zavedení a realizaci supervize v psychiatrickém ošetrovatelství, byly popsány v kategorii *Organizační kultura vybraných pracovišť*, v kategorii *Modely zavedení supervize do organizace*, v kategorii *Fáze řízení změny* a v kategorii *Fáze implementace změny*. Analýzou dat jsme dospěli ke zjištění, jak je proces implementace klinické supervize realizován v organizacích poskytujících psychiatrickou ošetrovatelskou péči.

Dílčím cílem č. 2 bylo identifikovat nejčastěji požadované anebo realizované formy (podoby) supervize v organizacích, poskytujících psychiatrickou péči. Dosažení tohoto dílčího cíle je interpretováno v kategorii *Kontraktování* a v jejích subkategoriích. Analýzou dat jsme dospěli ke zjištění, že v organizacích poskytujících psychiatrickou péči, jsou realizovány všechny formy klinické supervize.

Dílčím cílem č. 3 bylo analyzovat přínosy klinické supervize pro sestry z oboru psychiatrického ošetrovatelství. Analýzou dat byly zjištěny přínosy klinické supervize, které informantky udávaly a jsou popsány v kategorii *Přínosy a překážky úspěšné realizace supervize*.

Dílčím cílem č. 4 bylo zmapovat stávající vzdělávací potřeby respondentů o problematice a specifikách supervize v psychiatrickém ošetrovatelství, které jsou popsány v kategorii *Vzdělávací potřeby o klinické supervizi*. Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že podrobnější potřebu informování o supervizi oslovené sestry neuváděly. V rámci procesu implementace supervize, dle výpovědi informantek, neproběhl v žádném zdravotnickém zařízení vzdělávací seminář a ani nejsou v organizacích zavedena metodická doporučení týkající se realizace klinické supervize.

DISKUZE

V diskuzi jsou hodnoceny výsledky kvalitativního výzkumného šetření diplomové práce zaměřené na klinickou supervizi v psychiatrickém ošetrovatelství. Výběr výzkumného souboru byl zcela záměrný a sestavený tak, aby obsáhl problematiku klinické supervize napříč širším spektrem pracovišť psychiatrického ošetrovatelství. Šetření bylo prováděno ve spolupráci se sestrami pracujícími na psychiatrických odděleních, které mají osobní zkušenost s účastí na supervizi, a sestrami vybraných zdravotnických zařízení, které pečují o pacienty s duševním onemocněním.

Prvním cílem empirické části diplomové práce bylo **analyzovat podmínky a faktory, ovlivňující proces zavedení a realizace supervize v psychiatrickém ošetrovatelství**. Rice a kol. (2007) ve svém článku uvádí hlavní důvody a argumenty pro zavedení klinické supervize do psychiatrického ošetrovatelství. Převedeno na podmínky České republiky jsou jimi zejména zvyšující se odpovědnost zdravotnických zařízení za kvalitu péče a zvyšující se důraz na řízení rizik.

V českém ošetrovatelství a zdravotnictví není supervize doposud vymezena, zavedena a legislativně ukotvena (Vaňková a Bártlová, 2015). V budoucnosti bude zavedení supervize snad i v psychiatrickém ošetrovatelství aktuální záležitostí, a to především v souvislosti s trendem deinstitucionalizace psychiatrické péče, který s sebou nutně ponese závažné organizační změny (srov. např. Rice, 2007).

Úspěšná implementace klinické supervize je podmíněna tím, nakolik supervidovaní porozumí, co klinická supervize je (Vaňková a Bártlová 2015). S tím souhlasí také Long et al. (2015). Vzdělávání, odborná příprava a školení pro supervizory i osoby pod supervizí jsou dle jeho názoru nutnou potřebou a mají být stálou součástí jakékoliv implementace supervize. Podmínkou úspěšného zavádění supervize na pracovišti je podle Hawkinse a Shoheta (2016) zejména kultura „učící se organizace“, kterou popisuje také autorka Havrdová (2011) ve své knize „*Kultura organizace a supervize ve vzájemném působení*“. Tento pojem je znám z oblasti managementu a týká se především řízení transformace organizací. Jde o prolomení tradičních myšlenkových schémat a orientaci na nové hodnoty a rozvíjení jasné představy nových strategií. Učení v organizaci dle Bedrnové a Nového (2007) je pojímáno jako neustálé zkvalitňování jednání na základě vysoké kvality vědomostí a lepšího

pochopení jeho účinků. Učit se jsou schopni nejen jednotliví pracovníci, ale také týmy a celé organizace a vhodným prostředím pro reflexi a sdílení zkušeností může být právě supervize. Základem je samozřejmě učení individuální, ale současně také společné myšlení a úsudky. V učící se organizaci proces učení závisí na ochotě jednotlivých pracovníků učit se, ale převládá učení ve skupině (týmu) co nejbližší pracovnímu procesu a je podporována maximální otevřenost k rozvoji.

Při provádění supervize je nezbytné vytvořit supervizní program organizace, kde je stanoveno, kdo bude supervizi provádět, kdo bude supervidován, jakou formu bude supervize mít, jak často bude supervize prováděna, zda bude pro pracovníky povinná a jak bude dokumentována. Velmi důležitý je kontrakt organizace a supervizora (práva a povinnosti a supervizní program) a supervizora se supervidovanými.

Z analýzy dat vyplynulo, že jsou organizace, které klinickou supervizi pro své zaměstnance nezajišťují, i když je mezi řadovými zaměstnanci žádána. Mohu tedy pouze spekulovat, zda neochota zaměstnavatele implementovat supervizi do organizace pramení z nezájmu managementu o své zaměstnance, z nedostatku finančních prostředků spojených se supervizí, nebo za strachu z možného odhalení nedostatečného řízení lidských zdrojů. Tato oblast řízení lidských zdrojů by si jistě do budoucna zasloužila pozornost výzkumníků. Jak uvádí Armstrong (2015), strategie řízení lidských zdrojů má mít jasný cíl, jehož hlavním bodem je podpora programů, které zlepší efektivnost dané organizace za využití maximálních možných znalostí, schopností a talentu daných pracovníků. Je důležité si udržet kvalifikované, oddané a dobře motivované pracovníky, a to tím, že jim nabídneme dostatek příležitostí k učení a samostatnému rozvoji jejich osobnostních a pracovních kvalit.

Druhým cílem empirické části diplomové práce bylo **identifikovat nejčastěji požadované anebo realizované formy (podoby) supervize v organizacích, poskytujících psychiatrickou zdravotní péči**. Supervize může být vedena různými způsoby, může se týkat rozdílných situací a může mít různé uspořádání. Alternativy by měly být předem nabídnuty, prodiskutovány a dohodnuty v kontraktu. Rozdílné jsou totiž sledované cíle a výsledky. Havrdová, Hajný a kol. (2008) ve své knize popisují hlavní tři funkce supervize, a to vzdělávací, řídicí a podpůrnou. Všechny tyto funkce jsou přijímány a rozvíjeny i v oblasti klinické supervize. Dá se říci, že supervize se liší podle Hawkinse a Shoheta (2016) uspořádáním a metodami supervize (individuální, skupinová, týmová); osobou supervizora, zda je supervizor interní či externí (vůči instituci). Supervizor musí naplňovat

kritéria profesionality, disponovat dobrými interpersonálními dovednostmi a v klinické supervizi musí být klinicky kompetentní a znalý v oboru psychiatrie. Výběr supervizora by měl být výsledkem dohody zadavatele a účastníků supervize tak, aby byl zachován požadavek důvěry. Dle Vaňkové (2015) bývají supervizní vztahy lepší, právě pokud si supervidovaní mohou sami vybrat supervizora. Venglářová (2013) ve své knize otevírá otázku odbornosti supervizora. Touto odborností má na mysli odbornou příslušnost k práci supervidovaných. Podle Venglářové mají sestry potřebu hledat takového supervizora, který zná jejich práci, včetně oboru, ve kterém ony samy pracují. Nezbytnou součástí supervizního kontraktu je formulace cíle a zaměření supervize. I tato témata podléhají projednání všech zúčastněných stran.

Supervize se může lišit také dle Venglářové (2013) formami prováděné supervize. Zda-li se jedná o supervizi pravidelnou, příležitostnou, krizovou nebo v případě akutní potřeby pracoviště. Specifickou metodou supervize je balintovská skupina. Podle Pačesové (2004) představuje balintovská skupina kvalitní alternativu do supervizních programů všech psychoterapeutických přístupů. Pačesová (2004) také zdůrazňuje, že velkou výhodou a kvalitou je také univerzální jazyk balintovské skupiny, který je přístupný odborníkům nejrůznějších specializací.

Osobně považuji pro oblast psychiatrického ošetřovatelství za nejpřínosnější týmovou supervizi. V týmové supervizi členové pracovního týmu nejčastěji otevírají témata interpersonální a podpora, která je klinickou supervizí poskytnuta, podpoří a edukuje celý tým. Vzhledem k finančním možnostem zdravotnických zařízení není v našich podmínkách obvykle možné zajistit rozdělení do supervizních skupin v maximálním počtu 7 účastníků, jak doporučuje odborná literatura (např. Hawkins, Shohet, 2004). Proto se v běžné praxi přistupuje k supervizi i ve větším počtu účastníků, jak o tom referovaly také výsledky našeho výzkumu. Domnívám se, že v případě zaměstnanců, kteří se supervize nebudou chtít účastnit, bude možné přizpůsobit rozvrh služeb tak, aby v den plánovaného supervizního setkání sloužili na oddělení právě tyto zaměstnanci. Realizace efektivní supervize podle Venglářové (2013) znamená zajistit, aby se jí mohli zúčastnit všichni členové týmu. Podle stejné autorky bývá pravidlem, aby se účastníci zúčastnili určitého daného počtu supervizních setkání (např. 80 % ročně).

Analýzou zjištěných dat bylo docíleno identifikace nejčastěji požadovaných forem supervize v organizacích poskytujících psychiatrickou péči. Podoby supervize jsou popsány v empirické části textu.

Třetím cílem empirické části diplomové práce bylo **analyzovat přínosy klinické supervize pro sestry z oboru psychiatrického ošetřovatelství**. Buus et al. (2010) se ve svém článku pozastavuje nad specifičností přístupu a postoje psychiatrických sester k supervizi v roli supervizantů a uvádí, že, dle Cleary & Freeman (2005, in Buus et al., 2010) jsou psychiatrické sestry popisovány jako rezistentní vůči klinické supervizi, neboť ji chápou jako věc bezvýznamnou a klinicky nedůležitou. Analýzou dat mohu tvrdit, že v rozporu s výzkumnými zjištěními tohoto autora je na základě realizovaného výzkumu klinická supervize psychiatrickými sestrami chápána jako pozitivní proces. Pro psychiatrické sestry je obtížné se otevřít a sdílet své prožitky, snad proto, že jsou si ze své praxe vědomy profesní a osobní zranitelnosti. Autoři Havrdová, Hajný (2008) také z tohoto důvodu apelují na bezpečný supervizní vztah, jenž usnadňuje uvolnění blokujících pocitů, aby mohla být sestra v supervizi otevřená.

Podle autorů Temane, Poggenpoel a Chrise (2014) může být klinická supervize prospěšná s ohledem na rozvoj kultury pro psychiatrické sestry v klinické praxi. Též autoři Buus, Angel, Traynor, Gonge (2011) podporují svými výsledky zjištění, že podpůrná supervize, a to zejména kolegiální – peer podpora je formátem pro reflexi náročných pracovních témat a obtížných situací klinické praxe. Sestry, které se supervizí zúčastňují, jsou podle Longa et. al. (2014) sebevědomé, cítí se posíleny podporou a spravedlivým vedením v otázkách analýzy a vlivu organizační struktury a manažerského řízení. Jak uvádí autoři Buus a Gonge (2009), byla klinická supervize psychiatrickými sestrami vnímána jako „dobrá věc“.

Pravidelná reflexe ošetřovatelské péče, která se během supervizního procesu odehrává v bezpečném, podpůrném a přátelském prostředí, je nejlepším způsobem, jak zvyšovat profesní dovednosti i kvalitu poskytované péče a jak účinně propojovat teoretické znalosti s konkrétní praxí. V neposlední řadě je klinická supervize velmi účinnou prevencí syndromu vyhoření a účinným nástrojem pro vykonávání povolání všeobecné sestry. Zaměstnanci v psychiatrických zařízeních jsou dle Honzáka (2009) jedni z nejohroženějších syndromem vyhoření. Ten pramení z dlouhodobých nadměrných psychických a emočních profesních nároků na pracovníky. Šellingová (2013, s. 132), jež se ve své práci

zabývala tématem *Supervize jako forma podpory duševního zdraví sestry*, poukazuje na zajímavý podnět: „*V důsledku velké intenzity emocionální zaangażovanosti a vysoké míry působícího stresu je ošetrovatelská péče jednou z nejnáročnějších lidských činností. Proto považují podporu sester za nevyhnutnou součást jejich povolání, a doufám, že naše práce k rozvoji podpory sester ve formě supervize přispěje.*“ Autorky Janíková, Bužgová (2017) ve svém výzkumném zjištění udávají patrný vliv supervize na jednotlivé aspekty syndromu vyhoření a také na faktory související s pracovní spokojeností, mezilidskými vztahy a sebezvojem osobnosti zdravotníků.

V supervizi je důležitá sebereflexe supervidovaných. Podle Praška (2011) mají někteří lidé se sebereflexí problémy. Neradi o sobě přemýšlejí, hůře zaznamenávají, na co myslí, a mají potíže zachytit, co se v nich emocionálně děje. Často jde o důsledek mentálního vyhybání. Hlubší sebereflexe by je mohla ohrozit myšlenkami a pocity, které by dotyčný raději neměl. Mohl by například zjistit, že se na druhé zlobí, že se cítí bezmocný, že je mu smutno nebo prožívá úzkost. Bloky v sebereflexi však brání pochopení protipřenosových fenoménů a mohou omezovat schopnost utvořit kvalitní pomáhající vztah. Analýzou zjištěných dat dotazované sestry uváděly, že se zásluhou klinické supervize naučily o sobě přemýšlet, uvědomily si vnitřní pocity a vztahy k ostatním lidem, zejména pacientům. Autoři Sutton, Towned, Wright (2003, s. 387) ve svém článku popisují sebereflexi jako „*důležitou komponentu růstu klinických dovedností supervidovaných*“, a proto je důležité, aby supervizoři posilovali schopnost sebereflexe u supervidovaných. Též autoři Bernard, Goodyear (2004) vyzdvihují důležitost sebereflexe, jež je možno podtrhnout již ve stanovení supervizního kontraktu, během kterého diskutuje supervizor se supervidovaným motivací a očekávání od supervize.

Podle Venglářové (2013) je základním úkolem supervidovaného ujasnit si své potřeby a očekávání, případně hranice, za které nechce při sebeotevření jít. Pak si aktivně připravuje témata, která může do supervize přinést. Zpočátku je to pro supervidované obtížné. Někdy cítí nechuť sdělovat své pocity, úvahy, obtíže v práci. Mohou mít pocit nedostatečnosti, strach z kritiky či následků od vedení. Supervidovaní mají často obavy, že jejich názory nebudou brány vážně, chtějí si své obtíže řešit sami, bez přítomnosti jiných pracovníků týmu. Z analýzy dat bylo patrné, že zkušenost s kritikou od svého nadřízeného za vyjádření svého názoru v supervizi může být problematicky přijímána. Dle mého názoru je nepřijatelné, aby účastníci supervize byli nějak „trestáni“ za vyslovení svého mínění během supervize.

Radvanová (2009) ve své diplomové práci udává přínosy supervize v souvislosti se zaměstnanci, kteří veskrze vnímají supervizi jako nedílnou součást své práce. Uvědomují si její možnosti vidět problém z jiného úhlu a získat zásluhou supervize pomoc v absolutně bezradné situaci. Dle výzkumného šetření Radvanové (2009) z výpovědí informantů vyplývá, že jako přínos supervize vnímají schopnost posunout člověka dál v oblasti vlastního profesního růstu. Tatáž autorka popisuje také ve svých výsledcích výzkumu přínos supervize pro organizaci, jak ji vidí zaměstnanci především v novém motivujícím pohledu na problémy, v nových metodách a postupech při práci s klientem (Radvanová, 2009).

Závažné problémy dle Baštecké (2016) nastávají, když zúčastněné strany mají rozdílná či nereálná očekávání od supervize, neorientovaly se dobře v jejích možnostech, tým či vedení nejsou motivovány ke změnám.

Čtvrtým cílem empirické části diplomové práce bylo **zmapovat stávající vzdělávací potřeby respondentů o problematice a specifikách supervize v psychiatrickém ošetrovatelství**. V prostředí ošetrovatelské praxe považuji za důležité před samotným zavedením supervize informovat budoucí příjemce o významu, možnostech a cílech supervize ve shodě s autory Havrdovou a Hajným (2008) i Venglářovou (2013), která taktéž doporučuje připravit prostor pro supervizi pomocí seminářů, případně i ukázek různých supervizních metod práce. Bylo by tedy vhodné, aby supervizi samotné předcházela informativní schůzka, neboť je zde předpoklad, že ne všichni zaměstnanci vědí, co jim může supervize nabídnout, a jejich postoj může být touto neznalostí ovlivněn. Je třeba se vyvrátit jejich případné domněnky, že supervize bude jen dalším nástrojem kontroly. Lynch, Happel, Sharrock (2008) svou kvalitativní studii dospěli k závěru, že vzdělávání a odborná příprava byla identifikována jako nedílná součást strukturované implementační strategie.

Začlenění supervize do vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a do ošetrovatelské praxe je stále spíše ojedinělým jevem. Analýzou dat bylo patrné, že sestry, které mají se supervizí zkušenost, jsou o problematice a specifikách supervize dostatečně informovány, a to nikoliv díky čerpání informací z teoretických pramenů, ale hlavně z vlastních zkušeností se supervizí. V této souvislosti uvádí Vaňková a Bártlová (2015), že v zahraničí se rozšiřuje trend, který klade důraz na profesionalizaci osob, které mají zajišťovat výuku sester jak kvalifikační, tak i v rámci celoživotního vzdělávání. Tento fakt autorky vysvětlují velkou pestrostí rolí a deklarovaných zaměření neakademických vzdělavatelů ošetrovatelských profesionálů, jelikož v zahraničí mají sestry a nelékařští zdravotníci

pracovníci obecně k dispozici daleko diferencovanější škálu podpůrných vztahů a rozvojevých konceptů (Vaňková a Bártlová, 2015).

Růžičková Neužilová (2016) ve své diplomové práci popisuje výzkumné šetření zaměřené na sestry, které nemají osobní zkušenost se supervizí. Zjištěním vystihuje, že sestry určité povědomí o supervizním procesu mají, ovšem ne zcela dostačující k tomu, aby byly schopny popsat podstatu a funkci supervize v celém jejím rozsahu. Růžičková Neužilová (2016) udává spíše teoretické znalosti stran supervize.

V neposlední řadě, byť o této zkušenosti samy informantky ve svých odpovědích nehovořily, a tudíž tato informace není výstupem a výsledkem analýzy dat, je vhodné pro komplexnost popisu současné situace připomenout fakt, že mnozí studenti pomáhajících profesí se již v rámci kvalifikačního studia setkávají s informacemi o supervizi a je tedy možné předpokládat, že postupně i mezi sestrami z kontextu psychiatrického ošetřovatelství se do budoucna bude významně zvyšovat počet těch, jejichž znalosti konceptu klinické supervize, očekávání a požadavky ve vztahu k supervizorovi budou na profesionální úrovni. Jejich povědomí o supervizi bude kvalitativně zcela jiné, než povědomí zdravotníků, sester, které se supervize neměly možnost účastnit, nikdy na její přijetí nebyly připravovány a povětšinou se s ní neměli možnost seznámit, když v oboru psychiatrického ošetřovatelství začínali pracovat v minulosti. Odborné znalosti, dovednosti, dispozice a motivace pro realizaci supervize potřebují jakostní transformaci, aby byly harmonizovány s tendencemi a se současnými normami odbornosti/profesionality v ošetřovatelství.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

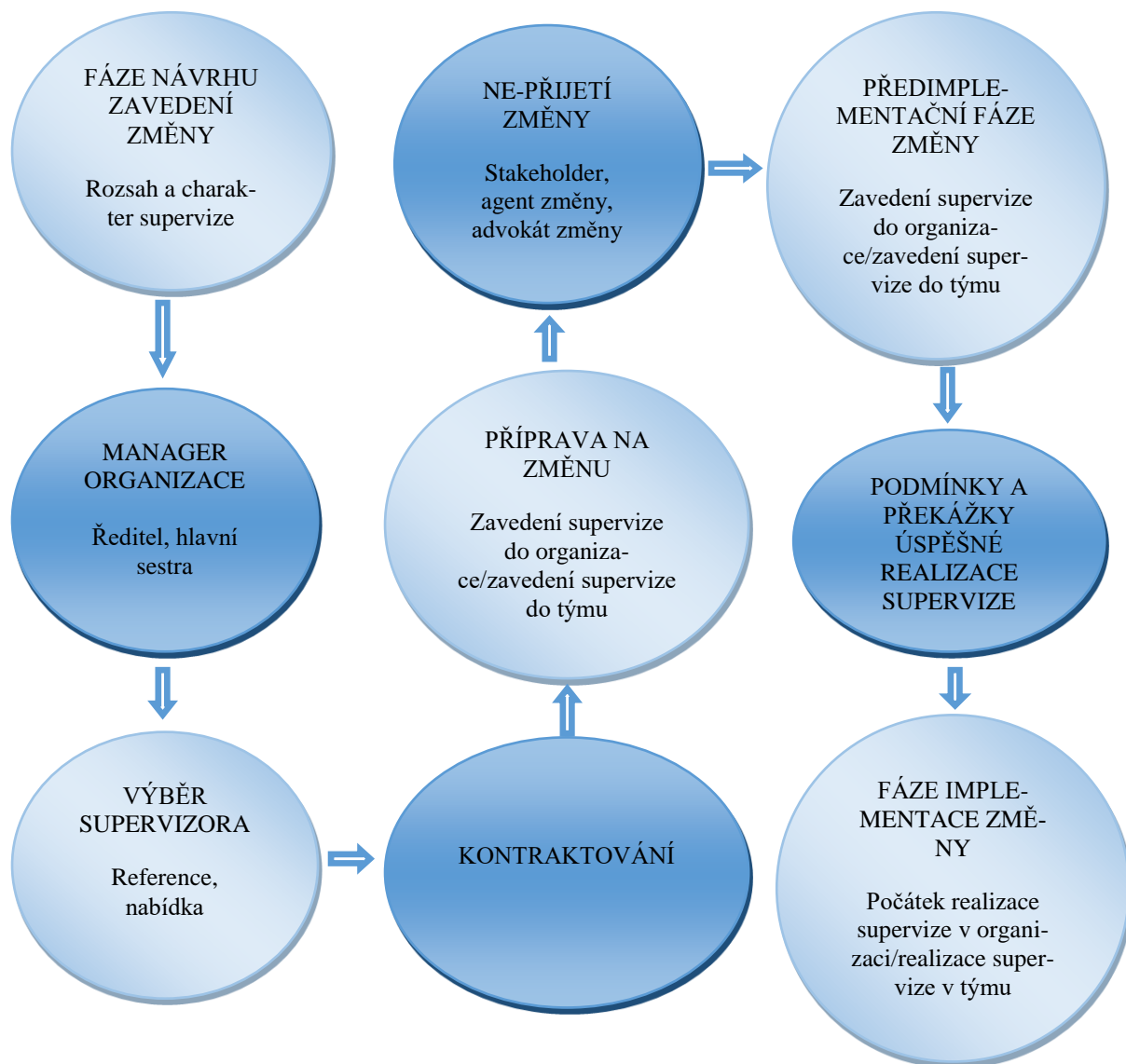
MANAGEMENT ZMĚNY – na základě analýzy výsledků výzkumu navrhuje, jak by mohl vypadat proces implementace klinické supervize do organizace psychiatrického ošetřovatelství (viz. Schéma č. 4). Je velice důležité a přínosné organizaci na supervizi dobře připravit. Proces implementace supervize je náročnou kulturní změnou, která vyžaduje čas, pečlivé naplánování, monitorování a podporu. Staví organizaci před několik úkolů, které musí naplnit. Prvním z nich je zvládnout proces změny, jímž zavádění supervize do organizace bezpochyby je. Tento proces má své zákonité překážky a stádia. Druhým úkolem je získat nové poznatky (Havrdová & Hajný, 2008). Organizace by též měly vědět, jak si supervizi objednat, jak vyjednat kontrakt, jakého supervizora pro své zaměstnance zajistit a jaké změny s implementací supervize do organizace/týmu souvisí. Zaměstnancům je potřeba umožnit, aby porozuměli tomu, k čemu jim supervize může být nápomocna a jaké druhy problémů jsou supervizí řešitelné. Jednotlivé části procesu implementace jsou popsány v textu níže.

1. Fáze návrhu zavedení změny – fáze zahrnuje rozhodnutí, proces, v souvislosti s přípravou kultury organizace na supervizi, o implementaci supervize do organizace, do týmu. Stanovuje se rozsah a charakter supervize, přípravu kultury organizace na supervizi. Zavedením změny, jakou je supervize, jde o aplikaci nových, dosud nevyskytujících se nástrojů v organizaci/týmu.
2. Manager organizace – managery organizace jsou ředitel, hlavní sestra a další náměstci pro určité činnosti. Všichni jsou součástí organizační kultury. Kultura organizace směřuje ke kultuře učící se organizace, jejíž podstatou je otevřený postoj k celoživotnímu učení.
3. Výběr supervizora – organizace, v níž se provádí supervize, může mít buď externího supervizora, který přichází zvnějšku, nebo interního supervizora, který je zaměstnancem organizace. Výběr supervizora může být záměrný dle referencí někoho z organizace, nebo je možné vyhledat supervizora z nabídky supervizních institucí.
4. Kontraktování – supervizní kontrakt je smlouva mezi supervizorem, organizací a týmem; dohoda o podmínkách a cílech prováděné supervize. Více informací viz. kategorie *Kontraktování*.
5. Příprava na změnu – přípravou na změnu se rozumí metoda, jejímž cílem je předvídat a analyzovat možné reakce lidí v organizaci na implementaci klinické supervi-

ze. Úsilí o zahájení změny vyvolává možný odpor. Takový přístup postrádá účtu k odhodlanému úsilí těch, kdo již v organizaci na poskytování supervizí pracují (Hawkins, Shohet, 2004). Změnu v tomto případě představuje popis kategorie *Modely zavedení supervize do organizace*.

6. Ne-přijetí změny – je dobré motivovat supervizanty tak, aby supervizi přijali dobrovolně a za svou. Čím motivovanější jsou supervizanti, tím je větší naděje, že supervize přinese výsledky a vyplatí se. Pracovníci, kteří motivují, jsou nazýváni *Advokáty změny* (viz. Subkategorie *Advokát změny*).
7. Předimplementační fáze změny – pokud jsou zaměstnanci dostatečně informováni o možnostech supervize a jsou v tomto ohledu podporováni, vede to ku prospěchu a stabilitě supervize na poli organizace. Jde vždy o přenos informací z pozice manažerů k pracovníkům. Zaměstnanci by měli mít dostatek informací o supervizi, měli by vědět, co je čeká. Neměla by být vnucena vedením, ale sami pracovníci by měli prostřednictvím dostatku informací dospět k názoru, že chtějí supervizi. Nedostatečná informovanost o supervizi, o jejích metodách, specifikách a možných výsledcích může být jednou z překážek na poli supervize.
8. Podmínky a překážky úspěšné realizace supervize – zahrnují jak praktické překážky, tak zároveň podmínky vztahující se na supervidované v rámci realizace supervize. Tato část procesu implementace je popsána v kategorii *Přínosy a překážky úspěšné realizace supervize*.
9. Fáze implementace změny – fáze implementace změny představuje počátek realizace v organizaci/v týmu.

Obrázek č. 8: Schéma Proces implementace klinické supervize do organizace psychiatrického ošetřovatelství



Zdroj: Vlastní zpracování

ZÁVĚR

Záměrem diplomové práce bylo na základě realizace kvalitativního výzkumu získat informace a konkrétní doporučení pro úspěšné zavedení klinické supervize pracovišti poskytujícími psychiatrickou péči a jejího využití psychiatrickými sestrami.

Supervizní činnost, kterou vnímaly informantky jako přínosnou, je metoda nová, moderní a také ji nelze popisovat jako činnost pevně ukotvenou a stabilní v pracovní náplni. Pro supervizi neexistují v současné době jednotná a závazná pravidla a její pojetí je v různých oborech odlišné. Funkční profesní supervizní organizaci lze tedy považovat za jeden ze základních předpokladů pro úspěšné začlenění supervizní činnosti do oblasti ošetrovatelství. V poslední době začíná být supervize podporována Českou asociací sester i Ministerstvem zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví za podpory Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, z. s., Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR, Asociace klinických psychologů ČR a Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů za účelem podpory a posílení personální stabilizace v resortu zdravotnictví vydává metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví – SPIS²⁵.

Supervizní činnost, jakožto nový nástroj zkvalitnění péče o pacienty, má v oblasti ošetrovatelského vzdělávání své místo. Při procesu jeho uplatnění je podstatné dosáhnout nejenom větší informovanosti o této metodě u představitelk sesterských profesí, ale také u ostatních profesních skupin působících ve zdravotnictví, ale také by bylo vhodné tuto metodu více přiblížit pracovníkům, kteří mají konkrétní vliv na utváření profesní kultury daných organizací, tedy managerům zdravotnických organizací. Důležité je nezapomínat tuto metodu stále prezentovat jako nástroj, ze kterého má mít největší užitek zejména spotřebitel dané služby, tedy v tomto případě pacient.

Supervize bude pravděpodobně jako nehmatatelná aktivita, která neposkytuje okamžitý efekt, v praxi v oblasti celoživotního vzdělávání upozaďována. Proto pro rozvoj těchto aktivit lze spatřovat jako ideální místo oblast kvalifikačního či navazujícího vzdělávání, a to nejen u sester, ale i u jiných profesí z řad zdravotníků. Supervizi by tedy bylo ideální směřovat do této oblasti a do období, kdy se u studentů formují názory na to, jak

²⁵ **SPIS** - Systém psychosociální intervenční služby je zaměřen na poskytování první psychické a psychosociální podpory v resortu zdravotnictví. Uplatňován je při psychickém zasažení zdravotnických pracovníků a v situacích psychicky nadlimitně zátěžového charakteru (MZ ČR).

má vypadat „správná praxe“, a kdy se utvářejí vlastní hranice pomáhání a fungování v tomto systému.

SEZNAM LITERATURY

1. ARMSTRONG, M., *Řízení lidských zdrojů*. 13. vyd., Praha: Grada. 2015. 928 s. ISBN978-80-247-5258-7.
2. *Anglicko-český, česko-anglický kapesní slovník*. Nejen na cesty. 6. vyd. Brno: Lingea, 2018. 832 s. ISBN 978-80-7508-376-0.
3. ANTHONY, W. A. *Zotavení z duševní nemoci: hlavní vize systému péče o duševní zdraví v 90. letech*. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993, **16**(4), 11-23 [cit. 2019-11-20]. DOI: 10.1037/h0095655. ISSN 0147-5622. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0095655>
4. BAUDIŠ, P. et al. *Omezovací prostředky*. In: RABOCH, Jiří et al., ed. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III*. Brno: Tribun EU, 2010, s. 213–221. ISBN 978-80-7399-984-1.
5. BAUDIŠ, P, LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*, Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 807-26-2104-1.
6. BÄRTLOVÁ, E. *Supervize v sociální práci*. 1.vyd. Ústí nad Labem: Fakulta sociálně-ekonomická, 2007. 62 s. ISBN 978-80-7044-952-3.
7. BAŠTECKÁ, B., ČERMÁKOVÁ, V., KINKOR, M. *Týmová supervize: teorie a praxe*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0940-9.
8. BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, street work, financování*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2003. 99 s. ISBN 807-23-9148-8.
9. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. et al. *Psychologie a sociologie řízení*, 3. vyd. Praha: Management Press, 2007. 559 s. ISBN 807-26-1064-3.

10. BERNARD, JM, GOODYEAR, RK. *Fundamental of Clinical Supervision* (3rd ed.). Boston: Pearson, 2004. ISBN 978-01-3315-591-4.
11. BUSFIELD, J. *Managing Madness. Changing ideas and practice*. London: Hutchinson, 1986. ISBN-13: 978-00-4445-380-2.
12. BUUS, N., GONGE, H. Empirical studies of clinical supervision in psychiatric-nursing: A systematic literature review and methodological critique. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2009. **18**, 250–264. ISSN 1447-0349.
13. BUUS, N., SANNE, A., TRAYNOR, M., GONDE, H. „Psychiatric Hospital Nursing Staff’s Experiences of participating in Group-Based Clinical Supervision: An Interview Study“. *Issues in Mental Health Nursing*, 2010. **31**, 654-661. ISSN 1096-4673.
14. COOKSON, J., SLOAN, G., DAFTERS, B., JAHODA, A. Provision of clinical supervision for staff working in mental health services. *Mental Health Practice*. [online]. 2014, 17(7), 29-34 [cit. 2019-11-20]. 2014, **17**(7), 29-34. ISSN 1465-8720. Dostupné z: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/mhp2014.04.17.7.29.e910>
15. CLEARY, M., FREEMAN, A. The cultural realities of clinical supervision in acute inpatient health setting. *Mental Health Nursing*. 2005, **26**(5):489-505.
16. CROSS, W. *Australian College of Mental Health Nurses*, Documenting clinical supervision. ACMHN, Deakin, 2012. ISBN 978-0-9581890-2-6.
17. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0197-9.
18. DVOŘÁČKOVÁ, D. Supervize jako prevence syndromu vyhoření. *Sociální péče*. 2009, 6, 42-44. ISSN 1213-2330.
19. EAS. *European Association for Supervision and Coaching*, Berlin, 2020. [online] [cit. 2019-09-14] Dostupné z: <https://www.easc-online.eu/en/>

20. EDELMAN, L. C., MANDLE, L. C. *Health promotion through out the if espan*. 6. vyd. St. Louis: Mosby, 2006. ISBN-10: 0-323-03128-5.
21. FALTUS, F., JANEČKOVÁ, E., ANDERS, M. Vývoj psychiatrické péče v ČR: vývoj sítě ambulantních a lůžkových psychiatrických zařízení. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2017, **106**(6):366-371. ISBN: 978-80-7472-178-6.
22. GOFFMAN, E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books. 1. vyd. New York: Double day. 1961. ISBN-10: 0-385-00016-2.
23. GONGE, H., BUUS, N. Individual and work place factors that influence psychiatric nursing staff 's participation in clinical supervision: a survey study and prospective longitudinal registration. *Issues in Mental Health Nursing*. 2010. **31**, 345–354. ISSN 0161-2840.
24. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, Praha: Galén, 2002. ISBN 807-26-2132-7.
25. HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.
26. HAVRDOVÁ, Z. et al. *Kultura organizace a supervize ve vzájemném působení*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2011. ISBN 978-80-87398-14-2.
27. HAVRDOVÁ, Z.: Supervize. In: Matoušek, O., Kříšťan, A. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0366-7.
28. HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. et al. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-532-1.
29. HAVRDOVÁ, Z., KALINA, K. Supervize. In: K. Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

30. HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 2. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0987-4.
31. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
32. HENDRYCH, L. *Lidskoprávní analýza vnitřních řádů psychiatrických nemocnic*. 2018. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta.
33. HINES-MARTIN, V., ROBINSON, K. *Supervision as professional development for psychiatric mental health nurses*. *Clinical Nurse Specialist*. 2006, Nov-Dec; **0**(6),2 93-7. ISSN 0887-6274.
34. HONZÁK, R. Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovice. 2009 *Psychosom*, 16 (3), 134-142. ISSN 1214-6102.
35. HOFFART, A., HEDLEY, LM., THORNES, K., LARSEN, SM., FRIIS, S. Therapists' emotional reactions to patients as a mediator in cognitive behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cognitive-Behavioral Therapy*. 2006, **35** (3), 174-182. ISSN 1650-6073.
36. HORATIO - Evropská asociace psychiatrických sester. *Deklarace z Turku*. [online]. Praha: ČAS, 2012. [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: <https://www.psychiatrikasekcecas.estranky.cz/clanky/mezinarodnispoluprace/deklarace-z-turku>
37. HOSÁKOVÁ, J. et al. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3.
38. HÖSCHL, C. *Očima Cyrila Höschla*. Reflex. 2003, **10**, 15.[online]. Praha: Ringier Axel Springer CZ a.s. 2003 [cit. 2019-12-14] Dostupné z: <https://www.hoschl.cz/?text=2336&lang=cz>

39. HÖSCHL, C.: Předmluva, in: JOHN, C., SVAČINA, Š. (eds.): *O duši medika – jak vzniká lékař*, Triton, Praha. 2011, **23**. ISBN80-738-7513-6.
40. JACKSON, M. *The History of Medicine A Beginner's Guide*. One world Pubns. Ltd. 2014. ISBN 978-1-78074-520-6.
41. JANÍKOVÁ, E., BUŽGOVÁ, R. Supervize jako jedna z možností prevence a ovlivnění syndromu vyhoření ve zdravotnictví. [online]. *Československá psychologie*. 2017, roč. LXI, [cit. 2019-08-01]. ISSN 0009-062X. Dostupné z: <https://kramerius.lib.cas.cz/view/uuid:d2dcf902-9909-410a-863d-0230fa67671c?article=uuid:5831fbfc-da14-42c6-b1e3-58be764d1110>
42. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
43. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
44. JIČÍNSKÁ, K. *Supervize jako forma podpory duševního zdraví sestry*. Brno, 2006. [online]. [cit. 2019-09-16]. Dostupné z: https://www.ped.muni.cz/z21/2006/konference_2006/sbornik2006/pdf/029.pdf
45. KINKOR, M., BAŠTECKÁ, B.: Supervize. In: Baštecká, B. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.
46. KOLÁČKOVÁ, J. Supervize. In: Matoušek, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-502-8. 364-78.
47. *Koncepce oboru psychiatrie – 1. Revize*. Psychiatrická společnost ČLS J.E.P., Praha, 2008. [online] [cit. 2019-10-12] Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/deni-reforma-psychiatrie/13-deni-voboru/koncepce-oboru-psychiatrie/33-koncepce-oboru-psychiatrie>

48. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 6. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0528-8.
49. KRČÁL, M., TEPLÍKOVÁ, Z. *Naučte (se) citovat*. Blansko: Citace.com, 2014. ISBN 978-80-260-6074-1.
50. KULHÁNEK, J., KOTOVSKÁ, K. Historie supervize v ČR. In: *Supervize Praha* [online]. 2013. [cit. 2019-09-06].
Dostupné z: <https://www.supervizepraha.cz/historiesupervize-v-cr/>
51. LAJKEP, T., PRUDIL, L. Etika a právo v psychiatrii, *Zdravotnické právo v praxi*, Solen Medical Edukacion: Praha. 2006, **1**, 9–10. ISSN 1213-0508.
52. *Liga lidských práv*, 1. vyd. Brno: 2008. s. 43-46, ISBN 978-80-903473-2-8.
53. *Listina práv hospitalizovaných pacientů*. [online] [cit. 2019-10-18]. Dostupné z: <https://www.os-kolumbus.org/pravniporadna/etickekodexy/listinapravhospitpsychpac/>
54. LONG, C. G. et al. Nursing and health-care assistant experience of supervision in a medium secure psychiatric service for women: implications for service development. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing* [online]. 2014, **21**(2), 154-162 [cit. 2019-09-06]. ISSN 1365-2850. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=58&sid=6f509f23-9f47-4e01-9725-a15ec30afe7a%40sessionmgr4001&hid=4207>
55. LOVE, A. *Clinical supervision for mental health nurses. A Framework for Victoria*. Authorised and published by the Victorian Government, 1 Treasury Place, Melbourne. © State of Victoria. Department of Health and Human Services, [online]. 2018, **5**. ISBN 978-1-76069-283-4 (Print). [cit. 2019-08-06] ISBN 978-1-76069-284-1 (pdf/online). Dostupné z: <https://www.2.health.vic.gov.au/mental-health/chief-mental-health-nurse>

56. MAKOVCOVÁ, S., *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (Convention on the Rights of Person with Disabilities)*. 2014 [online]. [cit. 2019-07-25]. Dostupné z:
https://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf
57. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807-3677-237.
58. MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
59. MÁTEL, A. a kol. *Etika sociálnej práce*. 1. vyd. Bratislava: VŠZ a SP sv. Alžbety, 2010. ISBN 978-80-89271-85-6.
60. MATOUŠEK, O. *Klient (uživatel služby)*. In MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
61. MILNE, D. *CBT supervision: from reflexivity to specialization*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2008, **36**, 779-786. ISSN 1352-4658.
62. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, ISBN 80-247-1362-4.
63. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Etický kodex práv pacientů* [online]. Praha: MZČR, 2011. [cit. 2019-11-25]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/840>
64. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdraví 21 – zdraví do 21. století. Světová zdravotnická organizace, Regionální úřadovna pro Evropu*. [online]. Praha: MZČR, 2008 [cit. 2019-11-14]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html
65. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Strategie psychiatrické péče*. In *Reforma péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha: MZČR, 2013 [cit.

2018-10-15]. Dostupné

z:<https://www.reformapsychiatrie.cz/?s=strategie+psychiatricke+pece>

66. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Strategie psychiatrické péče*. In Reforma péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče [online]. Praha: MZČR, 2017 [cit. 2019-25-09]. Dostupné z:
https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/informaceoprojektudeinstitucionalizace-sluzeb-pro-dusevne-nemocne_14257_2452_8.html.
67. MKN-10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: Desátá revize: Obsahová aktualizace k 1. 1. 2018*. Praha. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.
68. MOTSCHNIG, R., NYKL, L., *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3612-9.
69. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
70. NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. 1. vyd. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74.
71. NEČASOVÁ, M. *Profesní etika*. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
72. Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Ve znění pozdějších předpisů. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. Částka 156. Roč. 2004. s. 9126-9132. ISSN 1211-1244.
73. NEUBAUEROVÁ, K. *Práce sestry na psychiatrickém oddělení*. 2007 [online]. [cit. 2019-08-09]. Dostupné z:
<https://zdravi.e15.cz/clanek/prace-sestry-napsychiatrickem-oddeleni-324831>

74. NOVOTNÝ, J. *Něco o supervizi*. Liberec, 2006. [online]. [cit. 2019-11-02]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/neco-o-supervizi.pdf>.
75. OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, o.p.s., 2010. ISBN 978 80 87240 33 5 [online]. [cit. 2019-07-25] Dostupné z: https://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/41metodologie_vedeckovyzkumne_cinnosti.pdf
76. ORCHOWSKI, L., EVANGELISTA, NM., PROBST, DR. Enhancing supervisee reflectivity in clinical supervision. A case study illustration. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*. 2010,**47**, 51-67. ISSN 1939-1536.
77. PAČESOVÁ, M. *Lékař, pacient a Michael Balint, Balintovské skupiny v Česku*, Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-491-8.
78. PAPEŽOVÁ, H. *Etické principy a profesionalita v psychiatrii*. In. Ptáček, R., Bartůněk, P et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. s. 133-139. ISBN 978-80-247-3976-2.
79. PEDERSEN, P. B., KOLSTAD, A. Deinstitutionalisation and trans-institutionalisation – changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007. *International Journal of Mental Health Systems*, 2009, **3**(28), 1-20. ISSN 1752-4458.
80. PETR, T., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. et. al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6
81. PETR, T., MARKOVÁ, E. et. al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
82. PETR, T. *Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 4*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2018. ISBN 978-80-7399-984-1.

83. PRAŠKO, J. et. al. Sebereflexe v kognitivně-behaviorální terapii a supervizi. *Česká a slovenská psychiatrie*, Praha. 2011, **107**(3), 144-150. ISSN 1212-0383.
84. PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J. Counter transferem eduring supervision in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 2010, **52** (4), 251-260. ISSN 1337-933X.
85. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., VYSKOČILOVÁ, J., SLEPECKÝ, M., NOVOTNÝ, M. Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. *Biomedical Papers*. 2011,**155**, XX. [online]. [cit. 2019-11-02]. Dostupné z: https://scholar.google.cz/scholar?hl=cs&as_sdt=2005&sciodt=0%2C5&cites=2284848546097925355&scipsc=&q=Principles+of+supervision+in+cognitive+behavioural+therapy.+Biomedical+Papers.+2011&btnG
86. Psychiatric Nurse Post Registration Education Programme Standards and Requirements. (2nd Edition) *Nursing and Midwifery Board of Ireland*, 2018, 18-20 Carysfort Ave, Blackrock, Co. Dublin.
87. Psychiatrická společnost ČLS JEP. *Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008*. Praha, 2008. ISBN 978-80-86429-75-5.
88. RABOCH, J., WENIGOVA, B. *Mapování stavu psychiatrické péče, odborná zpráva z projektu*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2011. ISBN neudáno.
89. RADVANOVÁ, D. *Možnosti zavádění supervize ve vybraných organizacích sociálních služeb v okrese Děčín*. 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Fakulta sociálních studií.
90. RAGINS, M. *Road to Recovery*, MHA Village, 2002. [online] [cit. 2019-07-03]. Dostupné z: <https://mhavillage.squarespace.com/storage/08ARoadtoRecovery.pdf>
91. RAJMANOVÁ, E. *Historie psychiatrického ošetřovatelství a vývoj vzdělávání ošetřovatelského personálu v psychiatrii*. In: MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1151-6.

92. RICE, F. et al. 2007. „Clinical supervision for mental health nurses in Northern Ireland: formulating best practice guidelines“. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007, **14**, 516–521. ISSN 1351-0126.
93. RITZER, G. *Encyclopedia of Social Theory*. [s. l.]: Sage Publications, 2005. ISBN 0-7619-2611-9.
94. RŮŽIČKOVÁ NEUŽILOVÁ, M. *Supervize v psychiatrickém ošetrovatelství*. 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
95. ŘEZÁČ, J. *Sociální psychologie*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1998. ISBN 80-85931-48-6.
96. SHARROC, J., JAVEN, L., McDONALD, S. Clinical Supervision for Transition to Advanced Practice. *Perspectives in Psychiatric Care*. [online]. 2013, 49, 118–125, [cit. 2019-09-06]. ISSN 0031-5990. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=60&sid=6f509f23-9f47-4e01-9725-a15ec30afe7a%40sessionmgr4001&hid=4207>
97. Sběrka mezinárodních smluv č. 96/2001 Sb. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. 2001 Ministerstvo vnitra ČR. In. *Sběrka mezinárodních smluv České republiky*, částka 44, s. 1898-1936.
98. SMUTKOVÁ, L., SMUTEK, M. *Problematika moci v pomáhajících profesích a balancování vztahu s klientem*. In SMUTEK, M., KAPPL, M. a kol. *Proměny klienta služeb sociální práce: Socialwork klient metamorphoses*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 80-7041-716-1.
99. Standard CPT z roku 2017 – EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované stan-

dardy CPT), CPT/Inf (2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 2019-11-04]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>

100. STASKOVÁ, V. a kol.: *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2206-6.
101. SUKOVÁ, M. *Komunitní psychiatrie v praxi. Matra III*, 2005. [CD] [online]. [cit. 2019-10-10]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/matra.html>
102. SUTTON, L., TOWNEND, M., WRIGHT, J. The experiences of reflective learning journals by cognitive behavioural psychotherapy students. *Reflective Practice*. 2007,**8**, 387-404. ISSN 0195-2242.
103. ŠELLINGOVÁ, M. *Supervize jako forma podpory duševního zdraví sestry*, 2013. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.
104. ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5711-7.
105. TEMANE, A. M., POGGENPOEL, M., MYBURGH, CH. P.H.. Advanced psychiatric nurse practitioners' ideas and Leeds for supervision in private practice in South Africa. *Curationis*. [online]. 2014, **37**, [cited 2019-10-27], ISSN 2223-6279. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebsco&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103778521&lang=cs&site=ehost-live&scope=site>
106. THWAITES, R., BENNETT-LEVY, J. Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2007, **35**, 591-612. ISSN 1352-4658.
107. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 2.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-86429-36-6.

108. URBAN, JAN. *Tvorba a rozvoj organizačních systémů*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2004. ISBN 80-7261-105-4.
109. Úřední věstník Evropské unie. 2006. C 305 E/148. Evropský parlament a Rada Evropské unie. *European Union*. [online] [cit. 2019-11-26] Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/f21538a0-1026-11ea-8c1f-01aa75ed71a1/language-cs>.
110. Ústav zdravotnických informací a statistiky. *Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR v roce 1995–1996*. www.uzis.cz. [online] 1998. [cit. 2019-09-15] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenichcroce-1995-1996>
111. Ústav zdravotnických informací a statistiky. *Klasifikace MKN*. 2018. [online] [cit. 2019-09-15] ISSN 1210-8588. ISBN 978-80-7472-178-6. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>
112. VALEŠOVÁ, M. a kol. *Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce*. Plzeň: 2012. Vydavatelství Západočeské univerzity v Plzni. ISBN 978-80-261-0156-7.
113. VAŇKOVÁ, M. 2011. „Supervize v ošetrovatelství aneb Vize pro budoucnost?“. *Sestra*. 2011, **12**, 25-27. ISSN 1210-0404.
114. VAŇKOVÁ, M., BÁRTLOVÁ, S. Základní metodický rámec pro realizaci supervize v českém ošetrovatelství. [online]. *Florence*. 2015, roč. XI, [cit. 2015-11-16]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/zakladni-metodicky-ramec-pro-realizaci-supervize-v-ceskem-osetrovatelstvi/>
115. VAŇKOVÁ, M., BÁRTLOVÁ, S. Historický a zahraniční odkaz pro koncept supervize v českém ošetrovatelství. [online]. *Kontakt*. 2015, 17(1), 38–48 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20150401103406464325.pdf>

116. VAŇKOVÁ, M., BÁRTLOVÁ, S. Supervize a mentoring v ošetrovatelství – Koncepty podporující profesionální rozvoj a identitu sester. *Florence*. 2015, 11(9), 23-26. ISSN 1801-464x.
117. VAŇKOVÁ, M., MARKOVÁ, E. Supervize jako čas vyhražený na (řízenou) reflexi o klinické práci. In: JIRKOVSKÝ, Daniel, Ed. *Cesta k modernímu ošetrovatelství XII*. [CD]. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2010, s. 68 -74. ISBN 978-80-87347-03-4.
118. VČELÁK, P. *Informace a návod k použití: Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni*. Petr Včelák - Materiály pro studenty. [online] 3. květen 2018. [cit. 2019-02-29] <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.
119. VENGLÁŘOVÁ, M. et al. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.
120. VENGLÁŘOVÁ, M. *Vztah a komunikace s klientem*. In MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
121. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. Částka 2. *Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Praha: MZČR, 2006.
122. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. Částka 4. *Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta*. Praha: MZČR, 2018.
123. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1198-2.
124. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244.

125. Vyhláška č. 373/2017 Sb., o Programu statistických zajišťování na rok 2018. 2017. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 130, s. 4066-4251. ISSN 1211-1244.
126. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, s. 4360-4375. ISSN 1211-1244.
127. WAGNEROVÁ, E. et al. Listina základních práv a svobod. Komentář. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2012, s. 300. ISBN 978-80-7357-750-6 (tištěná kniha) ISBN 978-80-7357-219-0 (PDF)
128. Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, 2009. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 11, s. 354-464. ISSN 1211-1244.
129. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1452-1480. ISSN 1211-1244.
130. Zákon č. 189/2008 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů (zákon o uznávání odborné kvalifikace), 2008, Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: *Sbírka České republiky*, částka 59, s. 2386-2472. ISSN 1211-1244.
131. Zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, 1999. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 111, s. 7594-7695, ISSN 1211-1244.

132. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Rešerše tématu klinické supervize v psychiatrickém ošetrovatelství
- Příloha B – Deklarace z Turku
- Příloha C – Prohlášení o dobrovolném vstupu
- Příloha D – Informovaný souhlas účastníka výzkumu
- Příloha E – Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním diplomové práce
- Příloha F – Vzor struktury rozhovoru

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešerše tématu klinické supervize v psychiatrickém ošetřovatelství

Autor/Název	Rok vydání (Země)	Metodika	Výsledky zjištění
Janíková, E., Bužgová, R. Supervize jako jedna z možností prevence a ovlivnění syndromu vyhoření ve zdravotnictví	2017 Česká republika	Review (přehledová studie) zahrnující obsahovou analýzu článků, publikovaných v rozpětí let 1995 – 2015.	Z analýzy dohledaných studií je patrný vliv supervize na jednotlivé aspekty syndromu vyhoření a dále také na faktory související s pracovní spokojeností, mezilidskými vztahy a sebezvojem osobnosti zdravotníků. Stejně pro pozitivní vyhodnocení přínosu supervize zdravotníky se jeví osobnost supervizora a interval mezi poskytoványými supervizními setkáními. Byla prokázána souvislost mezi nižším výskytem syndromu vyhoření a účastí na supervizních setkáních. Kromě syndromu vyhoření byl prokázán vliv supervize na pracovní spokojenost psychiatrických sester a kvalitu poskytované péče. Faktory ovlivňující vliv supervize jsou osobnost supervizora a délka trvání supervize. Jako bariéry pro zavádění supervize do praxe byly identifikovány např. nekonceptnost procesu zavádění supervize, sněmnost, omezené finanční zdroje a chybějící jednotlivé předpisy.
Praško, J., Možný, P., Slepecký, M., Novotný, M., Vyskočilová, D. Self-reflection in cognitive behavioural therapy and supervision	2011 Česká republika	Review (přehledová studie) zahrnující obsahovou analýzu článků.	Získání a udržování psychoterapeutických a supervizních kompetencí má pro kognitivně behaviorální terapii zásadní hodnotu. V databázích PUBMED, WEB OF SCIENCE a SCOPUS byly vyhledány články s klíčovými slovy. Literární informace byly porovnávány s psychoterapeutickou a supervizní zkušeností a do textu autoři článku zahrnují jen nejdůležitější informace. Jedná se o přehledovou práci se závěry týkajícími se specificky kompetencí v supervizi terapeutů v kognitivně behaviorální terapii.

Autor: Barbora Zelenková

Autor/Název	Rok vydání (Země)	Metodika	Výsledky zjištění
Temane, A. M., Poggenpoel, M., Chris, PH Advanced psychiatric nurse practitioners' ideas and needs for supervision in private practice in South Africa	2014 Jižní Afrika	Kvalitativní výzkum s využitím fenomenologické ho přístupu. (n = 8 psychiatrických sester)	Cílem studie bylo zmapovat a analyzovat názory a potřeby psychiatrických sester, pokud jde o supervizi v soukromé praxi, s cílem přispět k inovacím v oblasti psychiatrické péče v Jihoafrické republice. Byl použit účelový vzorek. Osm psychiatrických praktických sester v soukromé praxi popsalo své podněty a potřeby pro supervizi během fenomenologických rozhovorů. K analýze byla použita metoda otevřeného kódování, která vygenerovala témata popisující požadavky kladené na klinické supervizory: odborné kompetence, osobní kompetence a specifické facilitativní komunikační dovednosti. Výsledky výzkumu upozorňují na potřebu klinické supervize pro psychiatrické sestry v soukromé praxi v Jižní Africe. Supervize může být prospěšná s ohledem na rozvoj kultury podpory pro pokročilé psychiatrické praktiky v soukromé praxi a také pro psychiatrické sestry v klinické praxi.
Newman, M., Ravindranath, D., Figueroa, S., Jibson, M., Jibson, M., D Perceptions of Supervision in an Outpatient Psychiatry Clinic	2016 USA	Kvalitativní studie psychiatrických sester a supervizorů. (n = 36)	Tato studie zkoumala zkušenosti ambulantních psychiatrických sester a supervizorů, s cílem identifikovat oblasti pro případné zlepšení. Objevilo se několik témat. Obecně platí, že psychiatrické sestry touží po explicitní struktuře supervize s konkrétnějšími pokyny. Závěry: Rozdílné zkušenosti supervidovaných zdravotníků z kontextu psychiatrické ambulantní zdravotní péče a supervizorů, odražejí rozdílnou úroveň profesního rozvoje a kompetencí. Potenciální intervence zahrnují jednoznačné stanovení agendy na počátku supervize, pravidelnou obousměrnou zpětnou vazbu a častější příležitosti pro psychiatrické sestry v účasti na rozhovorech s pacienty.

Autor: Barbora Zelenková

Autor/Název	Rok vydání (Země)	Metodika	Výsledky zjištění
Lynch, L., Happell, B., Sharrock, J. Implementing clinical supervision for psychiatric nurses - the importance of education	2008 Austrálie	Kvalitativní studie, hloubkové rozhovory. (n = 9)	Potvrzení potenciálu a významu klinické supervize pro zdravotní sestry vedlo k větší pozornosti zavádění této iniciativy. Podobně, zatímco je uznávána důležitost vzdělávání a odborné přípravy, autoři poznamenávají, že v dokumentovaných implementačních strategiích není klinická supervize jasná ani konzistentní. Příspěvek se zaměřuje na Victoria (jeden ze šesti spolkových států Austrálie) v Austrálii, kde státní vláda poskytl značné finanční prostředky na zavedení klinické supervize v celém státě. Byly provedeny hloubkové rozhovory s psychiatrickými sestrami. Na základě zkušeností s realizací se dospělo k závěru, že vzdělávání a odborná příprava byla identifikována jako nejdůležitější součást strukturované implementační strategie.
Buus, N., Angel, S., Traynor, M., Gonge, H. Psychiatric nursing staff members' reflections on participating in group-based clinical supervision: A semistructured interview study	2011 Austrálie a Nový Zéland	Kvalitativní studie, polostrukturované rozhovory. (n = 22)	Výzkum analyzoval názory psychiatrických sester na význam a realizaci klinické supervize. Efektivita v klinické supervizi v psychiatrickém prostředí byla relativně nízká. Kvalitativní výzkum ukazuje, že zaměstnanci oceňují klinickou supervizi, ale paradoxně neupřednostňují účast. Dvacet dva psychiatrických sester bylo podrobeno semistrukturovaným rozhovorům. Respondenti chápali, že klinická supervize je prospěšná, uváděli však velmi omezený dopad na klinickou praxi. Nízká účast supervidovaných na supervizních setkáních blokuje dle výpovědi managementu i supervidovaných potenciál a efektivní využití přínosů supervize v klinické praxi. Respondenti dle výpovědi přijímají alternativní formy podpory, zejména kolegiální – peer podporu a uvádí, že klinická supervize je formátem pro reflexi náročných pracovních témat a obtížných situací klinické praxe.

Autor: Barbora Zelenková

Autor/Název	Rok vydání (Země)	Metodika	Výsledky zjištění
Gonge, H., Buus, N. Individual and workplace factors that influence psychiatric nursing staff's participation in clinical supervision: a survey study and prospective longitudinal registration	2010 Dánsko	Kvantitativní výzkum, realizovaný pomocí dotazníkového šetření. (n = 239)	Cílem této studie bylo zjistit, jak často se psychiatrický ošetrovatelský personál účastní klinické supervize a jaké další možnosti vznikají v souvislosti s účastí na klinické supervizi. Z výsledků průzkumu vyplývá perspektivní longitudinální registrace účastníků klinické supervize. Kvantitativní výzkum odhalil, že účast psychiatrických sester se značně liší a velký počet zaměstnanců se vůbec nemusí klinické supervize účastnit. Charakteristiky pracoviště, včetně organizační polohy, pracovní pozice a faktorů pracovního prostředí, souvisejí s účastí, mohou v důsledku toho ovlivnit výsledek klinické supervize.
Gonge, H., Buus, N. Model for investigating the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: a survey study.	2011 Austrálie	Kvantitativní výzkum, realizovaný pomocí dotazníkového šetření. (n = 136)	Cílem této studie bylo analyzovat možné přínosy konkrétního modelu klinické supervize. Model navrhl cestu od účasti k účinnosti a přínosům klinické supervize. Zahrnoval možné vlivy individuálních a pracovních faktorů, sledování osobnostních, tak organizačních aspektů/faktorů majících vliv na efektivitu supervize. Výzkumný vzorek zahrnoval 136 psychiatrických sester v trvalém zaměstnaneckém poměru na devíti obecných psychiatrických odděleních a ve čtyřech komunitních centrech duševního zdraví v psychiatrické univerzitní nemocnici. Data byla shromážděna pomocí souboru dotazníků. Účast na klinické supervizi byla spojena s účinností klinické supervize, měřené Manchesterskou klinickou kontrolní stupnicí (MCSS ¹). Mimoto výsledky MCSS byly spojeny s přínosy, jako je zvýšená spokojenost s pracovištěm, vitalita, racionální zvládnání pracovní zátěže a minimalizace stresu, emočního vyčerpání a depersonalizace. Vícerozměrné analýzy naznačily, že některé faktory jednotlivých pracovních míst souvisejí s podskupinami MCSS, stejně jako s některými výhodami. Studie podpořila navrhovaný model, ale platí metodická omezení.

Autor: Barbora Zelenková

¹ Manchester Clinical Supervision Scale©

Autor/Název	Rok vydání (Země)	Metodika	Výsledky zjištění
Buus, N., Angel, S., Traynor, M., Gonge, H. Psychiatric hospital nursing staff's experiences of participating in group-based clinical supervision: an interview study.	2010 Dánsko	Kvalitativní studie, polostrukturované rozhovory. (n = 22)	Skupinová klinická supervize se běžně nabízí jako prevence syndromu vyhoření v oblasti psychiatrického ošetrovatelství, ale sestry zaujímají k supervizi ambivalentní postoj. Tato studie se zaměřila na zkoumání zkušeností psychiatrických sester z účasti na skupinové supervizi a zjištění psychosociálních aspektů jejich ambivalence. Polostrukturované rozhovory se uskutečnily s 22 psychiatrickými sestrami v dánské univerzitní nemocnici. Výsledky ukázaly, že účast na klinické supervizi byla obtížná pro sestry z důvodu sebeodhalení se v rámci supervize a konkrétních interakcí v rámci supervize, jež vedla ke vzniku konfrontací a skrytých konfliktů mezi supervidovanými.
Buus, N., Gonge, H. Empirical studies of clinical supervision in psychiatric nursing: A systematic literature review and methodological critique	2015 Dánsko	Kvantitativní výzkum, realizovaný pomocí dotazníkového šetření. (n = 43)	Výsledky ukázaly, že účast měla pozitivní vliv na jednotlivce a na oddělení, jež se aktivně angažuje v klinické supervizi. Toto naznačuje, že sestry a oddělení bez dobře zavedených postupů supervize, vyžadují komplexnější zásahy zaměřené na jednotlivce a organizační překážky.
Temane, A. M. a kol. Advanced psychiatric nurse practitioners' ideas and needs for supervision in private practice in South Africa.	2014 Jižní Afrika	Kvalitativní studie, polostrukturované rozhovory. (n = 8)	Analýza dat vygenerovala následující témata, kterými by měl supervizor, v rámci manažerské supervize, disponovat: kompetence odborníka, osobní kompetence, specifické komunikační dovednosti. Zjištění naznačují potřebu supervize poskytované psychiatrickými sestrami soukromé praxe v Jižní Africe.
Taylor, C. Boundaries in advanced nursing practice: the benefits of group supervision.	2014 Spojené království a Irsko	Kvalitativní studie, polostrukturované rozhovory. (n = 9)	Bylo identifikováno 5 důležitých kategorií klinické supervize: zjednodušení složitosti, pocit bezpečí, profesní sebepečení, sebepoznání, sebeuvědomění, sebezkušenost, rozšíření znalostí a dovedností a rozpoznání a reagování na hraniční problémy.

Autor: Barbora Zelenková

Autor/Název	Rok vydání (Země)	Metodika	Výsledky zjištění
Long, C.G. a kol. Nursing and health assistant experience in mid-safe psychiatric care for women: implications for service development	2014 Spojené království	Kvantitativní výzkum, realizovaný pomocí dotazníkového šetření. (n = 128)	Sestry, které se zabývají supervizí, jsou sebevědomé, cítí se posíleny podporou a spravedlivým vedením v otázkách analýzy a vlivu organizační struktury a manažerského řízení, dobře rozvinutý a operativní strategický plán pro provádění a průběžné sledování a integritu klinické supervize.
Buus, N., Gonge, H. Empirical studies of clinical supervision in psychiatric nursing: A systematic literature review and methodological critique.	2009 Dánsko	Systematický přehled literatury, 34 článků.	Cílem tohoto příspěvku bylo vytvořit systematický přehled a kriticky zhodnotit všechny dostupné výzkumné studie, publikované v anglickém jazyce, které uvádějí empirická data o klinické supervizi v psychiatrickém ošetrovatelství. V souhrnu strategie vyhledávání celkově ukázala nízkou míru přesnosti a vysokou úroveň odbornosti. Studie byly rozděleny do následujících kategorií: studie efektivity a dopadu supervize; průzkumné studie; studium pohovorů; případové studie. Studie byly obecně menšího rozsahu. Zřídka obsahovaly dostatečné strategie pro identifikaci neznámých aspektů nebo předpoklady výzkumných pracovníků, jež ovlivnily analýzu. Empirický výzkum klinické supervize v psychiatrickém ošetrovatelství byl charakterizován základním nedostatkem shody ohledně modelu a nástrojů, které je třeba v supervizi použít. Byly diskutovány výzvy a doporučení pro budoucí výzkum. Klinická supervize v psychiatrickém ošetrovatelství byla běžně vnímána jako dobrá věc, ale existovaly omezené empirické důkazy podporující toto tvrzení.

Autor: Barbora Zelenková

n = celkový počet respondentů

Horatio Declaration
Version Czech language

DEKLARACE Z TURKU

**SPECIFICKÉ POSTAVENÍ PSYCHIATRICKÝCH SESTER V PÉČI
O OSOBY S DUŠEVNÍ PORUCHOU**



Vznik dokumentu

- Původní návrh byl předložen výboru asociace Horatio ve finském Turku v říjnu 2010.
- První verze byla schválena výborem Horatio dne 19. února 2011.
- Druhá verze rozvíjí verzi první na základě zpětné vazby od členů výboru Horatio a od členů Odborné rady Horatio pro psychiatrickou ošetrovatelskou péči. Druhá verze byla zveřejněna na internetových stránkách Horatio dne 6. dubna 2011.
- Vývoj dokumentu byl projednáván na schůzi výboru Horatio v Amsterdamu v červenci 2011.
- Třetí verze byla zaslána všem evropským i mimoevropským sekcím Odborné rady Horatio pro psychiatrickou ošetrovatelskou péči s žádostí o komentáře. V září 2011 byla zveřejněna na internetových stránkách Horatio.
- Všechny členské organizace Horatio byly vyzvány, aby se ke třetí verzi vyjádřily. K předložení komentářů byly vyzvány i další evropské organizace zabývající se duševním zdravím.
- Přípomínky ke třetí verzi byly výborem Horatio projednány na schůzi ve Stockholmu ve dnech 15. a 16. října 2011.
- Závěrečná úprava (čtvrtá verze) proběhla v říjnu a listopadu 2011.
- Hotový dokument byl zveřejněn na internetových stránkách Horatio (listopad 2011).

Část A. Úvod

1. Sestry již desítky let přispívají ke zlepšování výsledků a účelnému vynakládání zdrojů v péči o osoby trpící duševním onemocněním, kognitivním deficitem, závislostmi, emočním a psychickým stresem nebo traumatem.
2. Psychiatrické sestry reprezentují největší skupinu pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví, s nejširším spektrem klinických kompetencí a s nejrozmanitějšími odpovědnostmi. Jejich odborné pracovní zkušenosti se však trvale (ve značném rozsahu) ztrácejí v důsledku migrace a/nebo nadbytečnosti.
3. Asociace Horatio je přesvědčena, že psychiatrické sestry mají zásadní klinické kompetence, které je odlišují od pracovníků jiných oborů zabývajících se duševním zdravím. Jsou popsány v části C a jsou uváděny i v dalších částech tohoto dokumentu.
4. Pokud by psychiatrické sestry v péči chyběly, nebudou tyto kompetence vykonávány, což se může negativně dotknout výsledků léčby. Tyto kompetence tedy ukazují na podstatu psychiatrického ošetrovatelství.
5. Některé z těchto kompetencí mohou převzít i jiní členové multidisciplinárního týmu (např. tam, kde pracovníci různých odborností v oblasti psychiatrické péče pracují společně a sdílejí své dovednosti za účelem poskytnutí individualizované péče), avšak vždy vycházejí z vědeckého výzkumu a praxe *psychiatrické ošetrovatelské péče* a dané kompetence musí být pro využití v jiných oborech přizpůsobeny.

6. Za ošetrovatelskou vědu v oblasti péče o duševní zdraví jsou považovány metody, intervence, procesy řízení péče nebo hodnotící aktivity vypracované specificky pro práci psychiatrických sester, obvykle na základě ošetrovatelského nebo interdisciplinárního výzkumu vedeného ošetrovatelským personálem. Mohou být též přejaté z jiných zdrojů, např. z lékařství, psychologie, sociální práce. Psychiatrické sestry mohou ovšem tyto postupy používat také v jejich původním formátu, bez adaptace na ošetrovatelskou praxi.
7. Pokud jde o základní kompetence, vzdělávání, podporu, řízení a klinickou praxi v psychiatrickém ošetrovatelství, chybí mezi jednotlivými evropskými státy kontinuita, kterou se národní profesní organizace, ani Evropská komise nikdy příliš nezabývaly. Tato nedostatečná harmonizace vytvořila situaci, kdy v jedné zemi jsou psychiatrické sestry schopné zajistit vysokou kvalitu a sofistikovanou individualizovanou péči, zatímco jinde sestrám chybí zdroje na to, aby mohly fungovat nezávisle na dalších profesích, a následkem toho pak nabízejí minimální péči.
8. Mezi členskými státy jsou historické rozdíly v názvech používaných k popisu osob s duševními problémy, např.: uživatelé služeb, rezidenti (osoby v ústavech dlouhodobé péče), pacienti (v nemocnicích a na klinikách), uživatelé (často spojeno se sociální péčí), osoby s prožitou zkušeností s duševním onemocněním a přeživší osoby (osoby, které přežily pobyt v psychiatrickém zařízení). Pro účely tohoto dokumentu jsme přijali doporučení evropských partnerských organizací a pro zajištění konzistence budeme dále používat slovo „pacient“.
9. Psychiatrické sestry mají různou úroveň kvalifikace a odpovědnosti.
10. Širší zdravotnická veřejnost často implicitní (a dokonce explicitní) práci psychiatrických sester podceňuje.
11. I přes rozdílnou specializaci a kompetence mají psychiatrické sestry potřebné znalosti k tomu, aby se, s vysokoškolským vzděláním, staly specialisty s rozšířenými odpovědnostmi v oblasti ošetrovatelské péče. Odlišují se ovšem svými kompetencemi od lékařů, navzdory faktu, že mohou existovat přesahy mezi oběma obory.
12. Účelem tohoto dokumentu je napravit stávající situaci, především identifikovat jedinečný přínos, který by řádně vzdělané, financované a řízené psychiatrické sestry měly být schopné nabídnout těm, k nimž mají profesní odpovědnost.
13. Dokument by měl sloužit jako základ pro celoevropský profesní rozvoj psychiatrického ošetrovatelství a přispět ke zlepšení péče nabízené osobám s duševními problémy.
14. Mezi jednotlivými zeměmi existují značné rozdíly ve formulacích a konceptech, a přestože se tento dokument snaží v maximální míře používat obecnou terminologii, mohou se objevit body, které budou některým psychiatrickým sestrám nejasné a jež budou vyžadovat upřesnění v pozdějších revizích této deklarace.
15. Následující text nepředstavuje jen činnosti, které vykonávají psychiatrické sestry. Popisuje ty činnosti, které jiné profesní skupiny nevykonávají vůbec nebo je vykonávají jiným způsobem než psychiatrické sestry. Jedná se též o oblasti, ve kterých by se řádně školené psychiatrické sestry měly ujmout profesního anebo klinického vedení, ať už pracují v rámci multidisciplinárního týmu nebo jako nezávislí a samostatní pracovníci.

6. Za ošetrovatelskou vědu v oblasti péče o duševní zdraví jsou považovány metody, intervence, procesy řízení péče nebo hodnotící aktivity vypracované specificky pro práci psychiatrických sester, obvykle na základě ošetrovatelského nebo interdisciplinárního výzkumu vedeného ošetrovatelským personálem. Mohou být též přejaté z jiných zdrojů, např. z lékařství, psychologie, sociální práce. Psychiatrické sestry mohou ovšem tyto postupy používat také v jejich původním formátu, bez adaptace na ošetrovatelskou praxi.
7. Pokud jde o základní kompetence, vzdělávání, podporu, řízení a klinickou praxi v psychiatrickém ošetrovatelství, chybí mezi jednotlivými evropskými státy kontinuita, kterou se národní profesní organizace, ani Evropská komise nikdy příliš nezabývaly. Tato nedostatečná harmonizace vytvořila situaci, kdy v jedné zemi jsou psychiatrické sestry schopné zajistit vysokou kvalitu a sofistikovanou individualizovanou péči, zatímco jinde sestrám chybí zdroje na to, aby mohly fungovat nezávisle na dalších profesích, a následkem toho pak nabízejí minimální péči.
8. Mezi členskými státy jsou historické rozdíly v názvech používaných k popisu osob s duševními problémy, např.: uživatelé služeb, rezidenti (osoby v ústavech dlouhodobé péče), pacienti (v nemocnicích a na klinikách), uživatelé (často spojeno se sociální péčí), osoby s prožitou zkušeností s duševním onemocněním a přeživší osoby (osoby, které přežily pobyt v psychiatrickém zařízení). Pro účely tohoto dokumentu jsme přijali doporučení evropských partnerských organizací a pro zajištění konzistence budeme dále používat slovo „pacient“.
9. Psychiatrické sestry mají různou úroveň kvalifikace a odpovědnosti.
10. Širší zdravotnická veřejnost často implicitní (a dokonce explicitní) práci psychiatrických sester podceňuje.
11. I přes rozdílnou specializaci a kompetence mají psychiatrické sestry potřebné znalosti k tomu, aby se, s vysokoškolským vzděláním, staly specialisty s rozšířenými odpovědnostmi v oblasti ošetrovatelské péče. Odlišují se ovšem svými kompetencemi od lékařů, navzdory faktu, že mohou existovat přesahy mezi oběma obory.
12. Účelem tohoto dokumentu je napravit stávající situaci, především identifikovat jedinečný přínos, který by řádně vzdělané, financované a řízené psychiatrické sestry měly být schopné nabídnout těm, k nimž mají profesní odpovědnost.
13. Dokument by měl sloužit jako základ pro celoevropský profesní rozvoj psychiatrického ošetrovatelství a přispět ke zlepšení péče nabízené osobám s duševními problémy.
14. Mezi jednotlivými zeměmi existují značné rozdíly ve formulacích a konceptech, a přestože se tento dokument snaží v maximální míře používat obecnou terminologii, mohou se objevit body, které budou některým psychiatrickým sestrám nejasné a jež budou vyžadovat upřesnění v pozdějších revizích této deklarace.
15. Následující text nepředstavuje jen činnosti, které vykonávají psychiatrické sestry. Popisuje ty činnosti, které jiné profesní skupiny nevykonávají vůbec nebo je vykonávají jiným způsobem než psychiatrické sestry. Jedná se též o oblasti, ve kterých by se řádně školené psychiatrické sestry měly ujmout profesního anebo klinického vedení, ať už pracují v rámci multidisciplinárního týmu nebo jako nezávislí a samostatní pracovníci.

Část B. Vzdělávání – Psychiatrické sestry by měly...

16. Asociace Horatio vymezila pro vzdělávání, výzkum a profesní rozvoj následující „principy“, které doporučuje všem evropským psychiatrickým sestřám.
17. Získat formální vzdělání, nejlépe vysokoškolské, jehož osnovy zahrnují základní vědomosti nutné pro nabídku intervencí a péče v souladu s nejnovějšími poznatky v oblasti duševního zdraví a zvláště psychiatrického ošetřovatelství.
18. Registrovat se u národních orgánů, pokud takové existují, jako psychiatrické sestry pouze v případě, že absolvovaly uznávaný výcvikový/vzdělávací program. Sestry bez specializačního vzdělání v psychiatrickém ošetřovatelství, které pracují s duševně nemocnými pacienty, musí být povzbuzovány k tomu, aby absolvovaly kurzy na vysokoškolské úrovni zaměřené na problematiku jejich pacientů. To by mělo být základním požadavkem všech registračních a řídicích orgánů v celé EU.
19. Podporovat na regionálních i celostátně působících vysokých školách vytváření programů pro psychiatrické sestry na pregraduální i postgraduální úrovni, které budou v souladu se základními požadavky na práci psychiatrické sestry. Vysoké školy by měly být povzbuzovány k tomu, aby tyto programy sdílely na mezinárodní úrovni.
20. Neměly by být nuceny pracovat v oblasti péče o duševní zdraví bez odpovídající přípravy a podpory.
21. Mít po dosažení kvalifikace příležitost k pravidelnému a trvalému profesnímu rozvoji (celoživotní vzdělávání), aby byla zajištěna kvalita péče odpovídající současným poznatkům a nejlepší praxi.
22. Mít možnost akademického postupu prostřednictvím magisterského či doktorandského studia oborů, vhodných pro psychiatrické sestry, a kariérní strukturu, která podporuje toto potenciální zvyšování znalostí a dovedností.
23. Být podporovány učiteli (během vzdělávací přípravy), školiteli (specifický dohled po omezenou dobu v období první kvalifikace) a klinickou supervizí (během celé profesní kariéry). Psychiatrickým sestřám by měl být minimálně poskytnut přístup k této podpoře a prostředkům profesního rozvoje.

Část C. Klinická praxe – Psychiatrické sestry by měly...

Část 1 Práce s pacienty

24. Podporovat dobrou praxi prostřednictvím rozvíjení terapeutického vztahu s každým jednotlivým pacientem. Tento vztah je vytvářen na základě modelů, které jsou původně ošetřovatelské, nebo přijaté z jiných oborů. Od modelů využívaných v jiných oborech se liší jak svojí intenzitou, tak mírou, do které se mohou stát prostředkem podporujícím terapeutické aktivity. Vyžadují znalosti a dovednosti a nemohou být terapeuticky využívány bez přípravy a tréninku.

25. Uvědomit si, že každý kontakt s pacientem vyžaduje specifické intervence. Práce sestry se často zaměřuje na přítomnost u pacienta, usnadňující rozvoj terapeutického využití vlastního já, což je používáno pouze u pacientů v krizi, s těžkou depresí nebo vysoce neklidných. Navázání profesionálního přátelského vztahu může být také způsobem, jak uplatnit funkce psychiatrické sestry u dlouhodobě duševně nemocných pacientů.
26. Provádět biopsychosociální pozorování pacientů jako základ klinického hodnocení.
27. Stanovit ošetrovatelské diagnózy, tj. dopad klinických symptomů na schopnost pacienta samostatně zvládat každodenní činnosti. Diagnózy reflektují dynamičtější a proměnlivější proces než diagnózy lékařské, a proto se od nich odlišují, přestože spolu mohou souviset. Lékařská diagnóza pacienta může být po celý jeho život neměnná, zatímco ošetrovatelská diagnóza se mění podle schopnosti pacienta vypořádat se s jejími dopady.
28. Vypracovat plány péče zohledňující individuální potřeby každého pacienta, s využitím rozmanitých intervencí, avšak vždy založené na nezbytnosti vytvoření pevného terapeutického vztahu s daným pacientem.
29. Zapojit pacienta, kdekoli je to možné, do společného plánování péče, léčby a jejich cílů a dosáhnout takové úrovně spolupráce, která umožní pacientovi kontrolu nad jeho léčbou.
30. V daném časovém rozmezí hodnotit efektivitu plánu péče, jednotlivých intervencí, závěry vyšetření a dopad na pacienta a projednat vše s pacientem.
31. Vytvořit další plány péče, jakmile byly původní cíle naplněny nebo se změnily, a udržovat s pacientem vztah založený na spolupráci, aby se zvýšila možnost další úspěšné léčby a zotavení. Hlavním záměrem je pracovat na nezávislosti pacienta na psychiatrické sestře, a proto tam, kde je to vhodné, mohou být využívány aktivity podporující oddělení pacienta.
32. Být prvoliniovými pracovníky ve všech situacích spojených s péčí o duševní zdraví (u hospitalizovaných pacientů, v komunitě, v domácí péči, na specializovaných odděleních, v ambulancích nebo při katastrofách) – konkrétně v lůžkových zařízeních jsou jedinými profesionály v péči o duševní zdraví, kteří mají odpovědnost za nepřetržitý kontakt s pacienty.
33. Zajistit prvotní intervence v psychiatrických neodkladných situacích, jako je sebepoškození, agrese vůči jiným osobám, výbuchy násilí, útoky, sebevražedné pokusy (na rozdíl od krizové intervence, kterou nejlépe zvládají multidisciplinární týmy, které by měly zahrnovat i psychiatrické sestry) a nést odpovědnost za jejich úspěšné vyřešení s využitím uznávaných modelů a přístupů zmírňujících poškození.
34. Podílet se na krizové intervenci, buď jako klíčový pracovník, nebo jako člen určeného krizového týmu, a nabízet dovednosti a znalosti založené na důkazech ošetrovatelské vědy.
35. Prostřednictvím pozorování, preventivních aktivit a psychosociálních intervencí zabránit rozvoji dalších symptomů duševní poruchy, snižovat výskyt stávajících a tam, kde je to možné, omezovat (re)hospitalizace.

36. Do programů péče jednotlivých pacientů zařazovat aktivity zmírňující poškození, na základě jejich potřeb a závažnosti symptomů.
37. Využívat širokou škálu lékařských, psychologických a psychosociálních intervencí přizpůsobených funkcím terapeutického vztahu a individuálním nárokům každého pacienta. Ostatní profesní skupiny (např. ergoterapeuti) mohou za určitých okolností tyto intervence přizpůsobit pro vlastní klinickou praxi, jsou to ale především psychiatrické sestry, kdo je většinou využívají, jelikož čelí nejširší škále symptomů a největšímu rozpětí závažnosti příznaků.
38. Pracovat v prostředí pacienta, kdykoli a kdekoli, například jako vedoucí case manager v domácnosti pacienta, nebo jako spolupracovník na místě určeném pacientem – včetně setkání v lůžkovém zařízení, pokud si to pacient bude přát.
39. Zapojit se do edukace pacienta podporující duševní zdraví a pohodu i do psychoedukačních aktivit spojených s nemocí a zotavením.
40. Nasměrovat očekávání pacienta na naději na zotavení využitím stávajících a nových modelů rehabilitace a zotavení. Primárním cílem práce psychiatrických sester v lůžkových zařízeních by mělo být úsilí o smysluplný návrat pacienta do společnosti, nebo, není-li to možné, o sociální začlenění na optimální úrovni samostatnosti pacienta. Na psychiatrické sestry pracující v komunitní péči nebo se specializovanými skupinami pacientů, např. s postiženými dětmi, v dlouhodobé péči, v pobytových zařízeních pro seniory, se závislými nebo s uprchlíky, se vždy vztahuje stejný princip, tj. snaha o dosažení optimálního sociálního začlenění.
41. Snaha o používání co nejméně omezujících či nátlakových postupů k dosažení klinického cíle.
42. Intervenovat ve všech oblastech biopsychosociálního prostředí pacienta.

Část 2 Práce v zájmu pacientů

43. Využívat různé typy hodnotících škál, včetně těch speciálně vytvořených pro sestry.
44. Sdílet v rámci multidisciplinárních týmů veškeré informace z komplexního hodnocení s pracovníky dalších odborností.
45. Využívat intuitivní odborné dovednosti k vyhodnocení situace a efektivní reakci bez rozmýšlení. Práce psychiatrické sestry je vysoce situační, možná nejvíce ze všech oborů zabývajících se péčí o duševní zdraví.
46. Zajistit kontinuitu péče všem pacientům (zejména v lůžkových zařízeních, a jako koordinátor péče také v mnoha zařízeních komunitní péče). Zatímco roli koordinátora péče v komunitě mohou vykonávat pracovníci jiných oborů péče o duševní zdraví, jsou to vždy psychiatrické sestry, které tuto roli zastávají u pacientů s duševním onemocněním. Pracovníci jiných oborů mají tendenci zaměřovat se více na související problémy, např. sociální potřeby.

47. Sledovat vliv léků a léčby na vývoj stavu pacienta a předávat informace dalším členům klinického týmu.
48. Podporovat pacienty ve všech fázích duševního onemocnění či v jakémkoliv zdravotním stavu. Jelikož pacient prochází různými fázemi a jeho potřeby se mění, je často třeba spolupracovat s dalšími kolegy, kteří mají odlišné kompetence.
49. Vždy brát v úvahu, jak pacienti sami vnímají svůj aktuální duševní stav a své předchozí zkušenosti v kontaktu se službami v oblasti péče o duševní zdraví.
50. Vnímat všechny pacienty jako partnery v procesu péče.
51. Mít právní odpovědnost za bezpečnost pacientů a široké veřejnosti. Ta bude v jednotlivých zemích odlišná v závislosti na legislativě týkající se duševního zdraví, psychiatrické sestry však musí poskytovat bezpečnou a účinnou péči pacientům, za které nesou klinickou odpovědnost.
52. Snižovat zátěž pečujících osob a posilovat jejich dovednosti zvládat problémové situace, zejména v oblasti klinické spolupráce, osobních intervencí a psychofarmakologické edukace.
53. Při plánování a poskytování péče vždy brát v úvahu to, jak pečující osoby vnímají její dopad samy na sebe a na jejich schopnost zvládat problémové situace.
54. Být advokátem pacienta – jednat jako prostředník mezi pacienty/pečujícími osobami a pracovníky jiných oborů, zejména lékaři, a podávat informace o celém procesu péče.
55. Zasadit se o identifikování a odstraňování překážek v užívání medikace s cílem maximalizovat její přínos a snížit pravděpodobnost relapsu.
56. Přispívat ke snižování negativních vlivů a stigmatizace a poskytovat jednotlivým pacientům podporu při vyrovnávání se s těmito jevy.
57. Přenášet místní, národní a mezinárodní iniciativy a/nebo legislativu v oblasti sociální politiky do psychiatrického ošetřovatelství, managementu, podpory a intervencí.
58. Dodržovat a aplikovat zákony o duševním zdraví a postupy v oblasti sociální politiky podporující bezpečnost pacientů, omezení negativních vlivů a formální přijetí do péče. V určitých státech mohou existovat zákony, stanovující konkrétní role psychiatrických sester, a ty musí být striktně dodržovány. Pokud v některém státě takové zákony nejsou, musí psychiatrické sestry svoji činnost vykonávat takovým způsobem, aby byla zajištěna ochrana práv pacientů.
59. Zajistit řízení lidských zdrojů ve prospěch pacienta, s ohledem na možná omezení v oblasti pracovní výkonnosti, dovedností a odbornosti. Psychiatrické sestry by nikdy pacientům neměly nabízet něco, co nemohou splnit nebo k čemu nemají odpovědnost.
60. Vždy podporovat dobrou praxi (takovou, která je založena na důkazech, má prokázané požadované výsledky a která nevystavuje pacienta riziku) jak v psychiatrickém ošetřovatelství, tak obecně v péči o duševní zdraví.

Část D. Výzkum a rozvoj praxe – Psychiatrické sestry by měly...

61. Převzít výzkum týkající se psychiatrického ošetřovatelství na poli oboru i v mezioborových výzkumných skupinách.
62. Předkládat ostatním oborům modely péče, intervence nebo výstupy vytvořené na základě výzkumu, které mohou být následně v příslušných oborech přizpůsobeny k využití.
63. Aplikovat vědecký výzkum v oblasti psychiatrického ošetřovatelství do klinické praxe. To rovněž vyžaduje využití stávajících znalostí ke zvýšení efektivity psychiatrického ošetřovatelství prostřednictvím modelů pro rozvoj praxe.
64. Aplikovat ošetřovatelskou vědu na většinu aktivit v oblasti péče o duševní zdraví a odlišovat přitom svoji práci od práce jiných oborů zabývajících se duševním zdravím, které mohou mít podobné kompetence.
65. Identifikovat pracovní oblasti, kompetence či intervence vyžadující buď audit, nebo klinický dohled. Na základě toho dále stanovit základní klinické či profesionální požadavky a určit alternativy či možnosti rozvoje dobré praxe. Jejich implementace a vyhodnocení efektivity se provede na základě modelů pro rozvoj praxe. Pokud alternativa dobré praxe neexistuje, je její vypracování zodpovědností psychiatrických sester (viz bod 61).
66. Zapojit se do rozvoje praxe, která prostřednictvím pozitivního vztahu mezi jednotlivci a týmy, osobních kvalit a kreativní představivosti spojuje na osobu orientovaný přístup psychiatrických sester s praktickými dovednostmi a zkušenostmi. Výsledek této činnosti by měl být začleněn do strategie zaměstnavatelů, čímž bude zajištěno, že se psychiatrické sestry stanou nepostradatelnou složkou ústředních funkcí organizace.

Překlad z anglického jazyka zajistila psychiatrická sekce ČAS.

Přeložili: Bc. Blanka Novotná
Mgr. Tomáš Petr



Prepared for, and on behalf of, Horatio:
European Psychiatric Nurses by
Martin Ward
Chair, Horatio Expert Panel of Psychiatric Nursing

Individuals who contributed to the original concept of the Declaration:

Mr Roland van de Sande (Netherlands)
Prof Denis Ryan (Ireland)
Dr Hiekki Ellila (Finland)
Prof Michael Schulz (Germany)
Mr Kevin Gafa (Malta)
Mr Richard Brodd (Sweden)
Ms Georgia Georgiou (Cyprus)
Mr Des Kavanagh (Ireland)

Individuals and who provided feedback, comments and expertise to drafts:

Prof Brendan McCormack (Northern Ireland)
Prof Dirk Richter (Switzerland)
Dr Susanne Schoppmann (Germany)
A/Prof Renee Robinson (Canada)
A/Prof Sabin Hahne (Switzerland)
Ms Melodie Hull (Canada)
Prof Patrick Callaghan (UK)
Mr Ber Oomen (Netherlands)
Prof Jose Carlos Santos (Portugal)
Prof Anna Bjorkdahl (Sweden)

Organisations who provided feedback to drafts:

Malta Association of Psychiatric Nurses (Malta)
Royal College of Nursing (UK)
Mental Health Europe (Belgium)
Psychiatrische Pflege, Bielefeld (Germany)

Gratitude to all these individuals and organisations, from Horatio and psychiatric and mental health nurses everywhere.

Příloha C – Prohlášení o dobrovolném vstupu

Vstupní prohlášení pacienta/klienta

Jméno a příjmení:.....

Rodné číslo:.....

Bydliště:

Prohlašuji, že souhlasím s poskytováním zdravotních služeb ze strany Psychiatrické léčebny Petrohrad, příspěvkové organizace, se sídlem č.p. 1, 439 85 Petrohrad, IČ 008 29 137 (dále jen „léčebna“) a že budu spolupracovat s terapeutickým týmem. Byl/a jsem poučen/a o důvodech poskytování zdravotních služeb, o povaze mého onemocnění a podstatě mého léčení.

ANO

NE

Souhlas s poskytováním informací

Byl/a jsem poučen/a o právech souvisejících s poskytováním informací o zdravotním stavu a nahlížení do zdravotnické dokumentace, včetně pořizování opisů, výpisů a kopií.

Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu v rozsahu týkajícím se onemocnění, způsobu jeho léčení a prognóze níže uvedené osobě/osobám a беру на vědomí, že jiným osobám tyto informace poskytovány nebudou.

Kontaktní údaje:.....
.....
.....
.....

Souhlasím s tím, aby níže uvedená/é osoba/osoby měla/měly právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a mohla/mohly z ní pořizovat opisy, výpisy a kopie.

Kontaktní údaje:.....
.....
.....
.....

Byl/a jsem poučen/a o Právech pacientů

ANO

NE

SOUHLAS S NAHLÍŽENÍM DO VAŠÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

V souladu s ustanovením § 45 odst. 2. písm. i) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), Vám oznamujeme, že se na poskytování zdravotních služeb mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka (např. studenti lékařských fakult vysokých škol, studenti vysokých škol studující nelékařské zdravotnické obory, studenti středních a vyšších zdravotních škol a pedagogičtí pracovníci podílející se na výuce studentů), a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace, do které mohou nahlížet dle ustanovení 65 odst. 3

zákona v rozsahu nezbytném pro zajištění jejich výuky. Tyto osoby jsou vázány povinností mlčenlivosti o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděly při poskytování zdravotních služeb. Jako pacient však máte právo přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb a jejich nahlížení do Vaší zdravotnické dokumentace zakázat.

Souhlasím se zajištěním kontinuity péče prostřednictvím komunitních služeb, tedy o možnosti podávání informací organizacím zajišťující komunitní služby (zdravotní a sociální služby) v době mé hospitalizace.

ANO

NE

Souhlasím s umožněním přístupu osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání k mé zdravotnické dokumentaci a s jejich přítomností při poskytování zdravotních služeb mé osobě:

ANO

NE

Důvod poskytování zdravotních služeb:

Podstata léčby:

Dále Vás poučuji o tom, že:

- Vámi poskytnuté osobní údaje budou zpracovávány pouze v rozsahu poskytování zdravotních služeb a léčebného procesu, což by bez poskytnutí těchto údajů nebylo možné,
- při zpracování Vašich osobních údajů nebude docházet k předávání těchto údajů třetím osobám, s výjimkou zdravotní pojišťovny, u které jste registrován/a, okresní správy sociálního zabezpečení a Úřadu práce (pokud jste v pracovní neschopnosti), a to z důvodu prováděného vyúčtování poskytnutých služeb a léčby.

Prohlašuji a potvrzuji svým podpisem, že jsem všem shora uvedeným údajům porozuměl/a; že jsem byl/a lékařem či zaměstnancem léčebny řádně poučen/a o zpracování a ochraně osobních údajů a že mé osobní údaje shora uvedené jsou přesné a pravdivé.

V dne: **podpis pacienta**

Jméno, příjmení a podpis opatrovníka:

Jméno, příjmení a podpis zaměstnance:.....

Psychiatrická léčebna Petrohrad, p. o.
Ing. Ladislav Henlín
439 85 Petrohrad č. 1

Petrohrad 13. 1. 2020

Žádost o vydání souhlasu

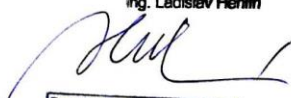
Tímto Vás žádám o vydání souhlasu s uveřejněním formuláře „**Vstupní prohlášení pacienta/klienta**“ v mé diplomové práci na téma „Klinická supervize v psychiatrickém ošetrovatelství“.

Děkuji za kladné vyjádření mé žádosti.

Bc. Barbora Zelenková, DiS.

Souhlasím
13. 1. 2020

Ing. Ladislav Henlín



Psychiatrická léčebna Petrohrad,
příspěvková organizace
IČO: 00829137 tel.: 415236111
439 85 Petrohrad č. 1

Příloha D – Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Informovaný souhlas účastníka výzkumu na téma: **KLINICKÁ SUPERVIZE V PSYCHIATRICKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ**

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu²⁶ Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci diplomové práce.

Název projektu: Klinická supervize v psychiatrickém ošetřovatelství

Řešitel projektu: Bc. Barbora Zelenková, DiS.

Ošetřovatelská péče v interních oborech 1. ročník, kombinovaná forma studia

Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

E-mail: b.razkova@seznam.cz, Tel.: 606 456 468

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

E-mail: milena.vankova@email.cz

Cíl výzkumu: Tato práce si klade za cíl v teoretické části práce popsat teoretická východiska a zmapovat zahraniční zkušenosti s implementací klinické supervize do psychiatrického ošetřovatelství a na základě realizace kvalitativního výzkumu nabídnout informace a konkrétní doporučení pro její úspěšné zavedení a využití psychiatrickými sestrami v kontextu české klinické ošetřovatelské praxe.

Popis výzkumu: Polostrukturovaný rozhovor s oslovenými respondenty. Pro sběr informací oslovím všeobecné sestry, které mají zkušenosti s klinickou supervizí.

Informace pro účastníka:

- Přečetl/a jsem si a porozuměla informacím účastníka výzkumu a tomuto informovaného souhlasu. Vše jsem si mohl/a náležitě a dostatečně promyslet.
- Řešitel šetření mě dostatečně instruoval o postupech a metodách této studie a seznámil mne s cíli výzkumu. Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky a na ty mi bylo jasně odpovězeno.
- Rozumím, že účast v tomto výzkumu je zcela dobrovolná a že mám právo kdykoliv v průběhu výzkumu ze studie odstoupit bez udání důvodu.
- Souhlasím s účastí výzkumu. Rozumím, že mé osobní údaje jsou k dispozici pouze výzkumníci a budou použity ve zcela anonymní formě výhradně pro účely výzkumu. Dále souhlasím, že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.
- Souhlasím s realizací a s pořízením zvukové nahrávky rozhovoru i s jejím následným přepisem.
- Tento informovaný souhlas je vytvořen ve dvou originálních vyhotoveních, z nichž jeden obdrží účastník a druhý řešitel výzkumu.

.....
datum a podpis řešitele výzkumu

.....
datum a podpis účastníka výzkumu

22 Všeobecnou deklaraci lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).

Příloha E – Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním diplomové práce

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním diplomové práce

Jméno a příjmení studenta: Bc. Barbora ZELENKOVÁ, DiS.

Název vysoké školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta/katedra: Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor/ročník: Ošetrovatelská péče v interních oborech 1. ročník, kombinovaná forma studia

Název diplomové práce: Klinická supervize v psychiatrickém ošetrovatelství

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

Kontakt na vedoucího práce: milena.vankova@email.cz

Akademický rok: 2019/2020

Cíl práce: Tato práce si klade za cíl v teoretické části práce popsat teoretická východiska a zmapovat zahraniční zkušenosti s implementací klinické supervize do psychiatrického ošetrovatelství a na základě realizace kvalitativního výzkumu nabídnout informace a konkrétní doporučení pro její úspěšné zavedení a využití psychiatrickými sestrami v kontextu české klinické ošetrovatelské praxe.

Metoda empirické části: polostrukturovaný rozhovor s oslovenými respondenty

Pro sběr informací oslovím všeobecné sestry pracující ve Vašem zdravotnickém zařízení.

Termín přípravy pro empirickou část je říjen/listopad 2019.

Kontaktní pracoviště pro empirickou část:

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

V _____ dne

Schváleno:

Příloha F – Vzor struktury rozhovoru

Otázky k rozhovoru na téma Klinická supervize v psychiatrickém ošetrovatelství

Hlavní cíl diplomové práce:

Na základě realizace kvalitativního výzkumu nabídnout informace a konkrétní doporučení pro úspěšné zavedení klinické supervize zdravotnickým zařízením/organizacím a její využití psychiatrickými sestrami v kontextu české klinické ošetrovatelské praxe.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké konkrétní postupy/strategie jsou, dle názoru oslovených respondentů, pro proces implementace supervize do kontextu praxe psychiatrického ošetrovatelství zásadní?

Dílčí cíl č. 1: Analyzovat podmínky a faktory, ovlivňující proces zavedení a realizace supervize v psychiatrickém ošetrovatelství.

Dílčí otázka č. 1: Jaké podmínky a faktory ovlivňují proces zavedení supervize do kontextu psychiatrického ošetrovatelství?

- *Jaké máte, Vy osobně, zkušenosti se supervizí v kontextu psychiatrické péče?*
 - *Můžete mi o tom říci více?*

KONTEXT SUPERVIZE: SPECIFIKA PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE / PSYCHIATRICKÉHO ODDĚLENÍ

Jak oslovení informanti vnímají a popisují vztahy na pracovišti; (pro zachycení **faktorů podporujících a/nebo omezujících zavedení/realizace supervize**)

- *Jaká jsou, dle Vašeho názoru, specifika oboru psychiatrie/psychiatrického ošetrovatelství v současnosti?*
- *V čem konkrétně je, dle Vašeho názoru, péče o pacienty na psychiatrickém oddělení jiná, než na somatickém oddělení?*
- *Jaká specifika role (a činnosti) psychiatrické sestry vnímáte?*
 - *V čem konkrétně je její role jiná než role všeobecné sestry na somatickém oddělení?*
 - *Co je pro Vás v interakci s pacientem s psychiatrickou diagnózou nejobtížnější?*
- *Jaké etické aspekty/zásady ve Vaší práci na psychiatrickém odd. uplatňujete, tvoří každodenní součást výkonu Vaší profese?*

- *Jak vnímáte pracovní (interpersonální) vztahy na svém pracovišti?*
 - *Můžete se svým přímým nadřízeným sdílet své úspěchy, neúspěchy, nejistoty, ...? Pokud nikoliv, z jakého důvodu?*
 - *Na koho se obracíte, když si nevíte rady s pracovními/odbornými tématy?*
 - *Jaká etická dilemata ve své práci nejčastěji řešíte (zda-li vůbec)?*
- *Jak si představujete ideální pracovní prostředí?*
- *Jaká specifika oboru psychiatrie, konkrétně Vašeho oddělení, vnímáte v souvislosti se zaváděním supervize do praxe?*
- *Jaké podmínky pro realizaci supervize panují na Vašem pracovišti?*
 - *Jak byste je popsala?*
- *Kdo jsou Vaši kolegové?*
 - *Jaký je, dle Vašeho názoru, jejich vztah k supervizi?*
- *Kdo jsou Vaši nadřízení?*
 - *Jaký je, dle Vašeho názoru, jejich vztah k supervizi?*
- *Kdo jsou Vaši pacienti?*
 - *Jaký je, dle Vašeho názoru, jejich vztah k supervizi?*
- *Jaká specifika oboru psychiatrie by měl supervizor znát už před zaváděním supervize do praxe Vašeho zařízení?*
- *Jaká specifika, konkrétně Vašeho oddělení/pracoviště, by měl zohlednit supervizor už před zaváděním supervize do praxe?*

PŘED ZAVEDENÍM SUPERVIZE NA PRACOVIŠTĚ:

- *Co předcházelo vlastní realizaci supervize ve vaší organizaci?*
 - *Prosím, popište vše, co o tom víte.*
- *O čem všem konkrétně se jednalo před vlastní realizací supervize?*
- *Z jakého důvodu měl, dle Vašeho názoru, management vaší organizace zájem zavést supervizi do organizace?*
- *Z jakého důvodu měl, dle Vašeho názoru, management vaší organizace zájem zavést supervizi konkrétně na Vašem pracovišti?*
- *Jaké faktory podporující zavedení supervize ve vaší organizaci/na vašem pracovišti jste zaznamenala?*

- *Jaké faktory omezující/znesnadňující zavedení supervize ve vaší organizaci, na vašem pracovišti jste zaznamenal/a?*

ZADAVATEL SUPERVIZE A PROCES ZAVÁDĚNÍ/KONTRAKTOVÁNÍ (DOMLOUVÁNÍ SE O SUPERVIZI)

- *Kdo byl/je zadavatelem supervize?*
 - *Existuje ve vaší organizaci specifický tým lidí/konkrétní člověk, který se věnuje problematice zavádění a realizace supervize ve vaší organizaci systematicky?*
- *Čí to byl podnět, zavést do organizace/na pracoviště supervizi?*
- *Kdo konkrétně realizaci supervize na Vašem pracovišti inicioval?*
- *Kdo se účastnil procesu kontraktování (=domlouvání podoby a podmínek realizace supervize)?*
- *Kdo všechno byl osobně přítomen procesu domlouvání podoby a podmínek realizace supervize ve Vaší organizaci?*
 - *Prosím, uveďte konkrétně.*
- *Kdo všechno byl osobně přítomen procesu domlouvání podoby a podmínek realizace supervize na Vašem pracovišti?*
 - *Prosím, uveďte konkrétně.*
- *Kde proces domlouvání podoby a podmínek podoby a realizace supervize ve Vaší organizaci probíhal?*
- *Jak konkrétně vypadá plán/systém zavádění a poskytování supervize do vaší organizace?*
 - *Kdo je za něj zodpovědný (kdo je kontaktní osoba)?*
 - *Existuje nějaký jednotný dokument v organizaci, který popisuje, jak má být supervize zaváděna a realizována?*
- *Jak konkrétně vypadá kontrakt se supervizorem?*
 - *Jaké obsahuje položky?*
 - *Dovedete je vyjmenovat?*
 - *Kdo a kdy vás s obsahem kontraktem seznámil?*
 - *Co konkrétně vám bylo řečeno?*
- *Jaký počet supervizních setkání ročně je kontraktován.*

- *Jaká je dohodnutá frekvence setkávání pro vaše pracoviště?*
- *Jaký je interval setkávání dohodnutý pro vaše pracoviště?*
- *Jaká kritéria pro hodnocení supervize byla nastavena?*

OČEKÁVÁNÍ OD SUPERVIZE

- *Z jakého důvodu potřebovala organizace/zaměstnavatel supervizi?*
 - *Co od supervize, dle Vašeho názoru, zadavatel očekává?*
 - *K čemu má být supervize v organizaci dobrá?*
- *V čem Vy osobně spatřujete smysl/význam zavedení/realizace supervize ve Vaší organizaci?*
 - *Můžete mi svůj pohled zdůvodnit?*
- *K čemu je zavedení a realizace supervize konkrétně na Vašem pracovišti dobré/užitečné?*
 - *Jaké jsou cíle supervize?*
 - *Jaký je účel supervize?*
 - *Co chce management organizace zavedením supervize změnit, aby vše fungovalo, jak má?*
- *Zaznamenala jste nějaké obavy před vlastní realizací supervize v organizaci u svých kolegů?*
 - *Čeho se Vaši kolegové obávali?*
- *O čem konkrétně se mluvilo v negativně v souvislosti se zaváděním supervize?*
 - *Naplnily se tyto obavy v praxi?*
- *Čeho byste se, vy osobně, při realizaci supervize na Vašem pracovišti v roli supervizora obávala nejvíce?*
 - *Co nejhoršího se v supervizi může stát? (Jak je možné tomu předejít?)*
- *Kdo byl o realizaci supervize informován?*
 - *Jak Vás o realizaci supervize informovali?*
 - *Kdo Vás o supervizi informoval?*

SUPERVIZOR

- *Jak probíhal proces výběru supervizora?*

- *Kdo všechno se výběru supervizora účastnil?*
- *Na základě jakých kritérií se supervizor vybíral?*
 - *Využili jste referencí na supervizora? Pokud ano, co konkrétně vás zajímalo, co jste si zjišťovali, na co jste se zaměřovali?*
 - *Existuje ve vaší organizaci seznam doporučených a schválených supervizorů?*
- *Jak dlouho výběr supervizora trval?*
- *Jak probíhal prvo-kontakt se supervizorem?*
 - *Jednalo se o kontakt osobní, telefonický kontakt, email,*
- *Jakým způsobem ovlivnila specifika pracoviště konečný výběr supervizora?*
- *Kdo byl/je supervizorem na vašem pracovišti?*
- *Jaká je jeho původní profese?*
- *Jaké je jeho supervizní vzdělání?*
- *Jaká je jeho supervizní praxe?*
- *Jaké má zkušenosti se supervizí v kontextu psychiatrie?*
- *Jak byl supervizor ohodnocen? (finančně?) Jaká je domluvená cena za jednu hodinu supervizní práce?*

SUPERVIZANTI A REALIZACE SUPERVIZE

- *Jak jste byla motivována k účasti na supervizi ze strany vedení?*
- *Měla jste možnost si vybrat supervizora?*
 - *K čemu všemu jste se (ne)-mohla v rámci domlouvání supervize vyjádřit?*
- *Jaká je vaše odpovědnost, jako supervidované/ho, v průběhu supervize?*
- *Jaká jsou stanovena pravidla pro účast na supervizi?*
- *Jaká forma supervize je Vám poskytována?*
 - *Individuální – skupinová – týmová (multidisciplinární?) – kazuistická – jiná?*
- *Jak je supervize organizována?*
 - *Jaký je Váš názor na dobrovolnost či povinnost supervize?*
 - *Je supervize započítávána do fondu pracovní doby?*
 - *Účastní se supervize také Váš vedoucí/nadřízený?*

- *Jaký prostor a čas máte v rámci své pracovní doby pro supervizi vymezen?*
- *S jakými pocity a myšlenkami jste šla na první supervizi?*
 - *Prosím, popište konkrétně.*
- *S jakými pocity a myšlenkami jste odcházela z první supervize?*
 - *Prosím, popište konkrétně.*
- *Cítíte se během supervize s kolegy (či nadřízenými) bezpečně?*
- *Uved'te konkrétní oblast/problém, který Vy osobně řešíte ve své praxi nejčastěji a je tématem pro supervizi?*
- *Existuje něco, co Vám v supervizi brání sdílet a otevírat svá témata?*
 - *Můžete mi o tom povědět více?*
- *Co (si myslíte, že) průběh konkrétního supervizního setkání usnadňuje?*
- *Co (si myslíte, že) supervizi průběh konkrétního supervizního setkání komplikuje?*
- *Kdybyste si měla představit ideální prostředí pro supervizi, jak by vypadalo?*
 - *Co by bylo jinak než teď? (jak je to nyní?)*
- *Zajímají se nadřízení o Vaši účast na supervizi?*
 - *Jakým způsobem to dělají, jak by to podle Vás měli dělat?*
- *Podporuje Vaše organizace realizaci supervizi? Jakým způsobem?*

Dílčí cíl č. 2: Identifikovat nejčastěji požadované anebo realizované formy (podoby) supervize v organizacích, poskytujících psychiatrickou zdravotní péči.

Dílčí otázka č. 2: Jaké formy supervize jsou nejčastěji realizované ve zdravotnických zařízeních, poskytujících psychiatrickou zdravotní péči?

- *Jaký druh/forma supervize je realizována ve vaší organizaci?*
 - *Individuální – skupinová – týmová (multidisciplinární?) – kazuistická – jiná?*
- *Jaký druh/formu supervize přijímáte Vy osobně?*
 - *Případová, týmová, individuální supervize (na žádost pracovníka), multidisciplinární tým*
- *Jaký je počet pracovníků v týmu?*
- *Kdo se supervize účastní?*
 - *Scházíte se na supervizi celý tým? Pokud nikoliv, jak je supervizní setkání organizováno?*

- *Z jakého důvodu (doptat se na situaci, zda v případě vysokého počtu zaměstnanců je pro účely supervize pracovní tým rozdělen např. podle specializací jednotlivých zaměstnanců) apod.*
- *Jak dlouho probíhá supervize na Vašem pracovišti?*

Dílčí cíl č. 3: Analyzovat přínosy klinické supervize pro sestry z oboru psychiatrického ošetřovatelství.

Dílčí otázka č. 3: Jaký přínos má/může mít klinická supervize pro sestry z psychiatrických oborů?

- *Považujete supervizi za významnou součást své profese?*
 - *Z jakého důvodu? Uveďte, prosím, konkrétně.*
- *Jaký vliv/přínos má účast na supervizi na vaši další práci s pacientem/pacienty?*
- *Jaký vliv/přínos má účast na supervizi na vaši spolupráci s kolegyněmi/kolegy v týmu?*
- *Jaký vliv/přínos má účast na supervizi na vaši spolupráci s nadřízeným/staniční sestrou?*
- *Jaký vliv/přínos má účast na supervizi pro vás osobně?*
 - *Co konkrétně Vám supervize přináší?*
 - *Co konkrétně jste se naučila?*
- *Jaké problémy/témata byste v supervizi chtěla řešit/řešíte?*
- *Co vnímáte jako problematickou součást interakce mezi zdravotníkem a pacientem?*
 - *Řešila byste/řešíte tato témata v supervizi?*

Dílčí cíl č. 4: Zmapovat stávající vzdělávací potřeby respondentů o problematice a specifikách supervize v psychiatrickém ošetřovatelství?

Dílčí otázka č. 4: Jaké konkrétní informace jsou pro sestry z kontextu psychiatrické péče zajímavé a užitečné ve vztahu k tématu supervize a jejího zavedení?

- *Zajistila organizace semináře/vzdělávací akce vztahující se k problematice supervize před vlastní realizací supervize?*
 - *Účastnila jste se jich osobně?*
 - *Jaký byl obsah a průběh vzdělávání o supervizi?*

- *Kdo byl lektor/přednášející?*
- *Jaký byl rozsah vzdělávání? (kolik hodin?)*
- *Jaké téma semináře/vzdělávací akce vztahující se k problematice supervize byste preferoval/a?*
 - *(Uveďte, prosím, alespoň jedno konkrétní téma, které Vás zajímá nejvíce).*
- *Jak hodnotíte své znalosti z oblasti supervize?*
- *Existuje ve vaší organizaci informační leták či jiný materiál, v němž si zájemce může přečíst základní informace o supervizi?*
 - *Kdo je jeho autorem?*
 - *Co – jaké konkrétní informace obsahuje?*

OTÁZKY NA ZÁVĚR ROZHOVORU

- *Je ještě něco, co byste chtěla k tématu dodat?*
- *Můžeme tímto náš rozhovor ukončit?*

Demografická data:

Věk:

Pohlaví:

Vzdělání (veškeré ve zdravotnictví):

Délka praxe:

Pracovní pozice:

Oddělení na němž působí:

Cílová skupina pacientů:

Velikost týmu: