ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Review article

Historický a zahraniční odkaz pro koncept supervize v českém ošetřovatelství

Historical and foreign legacy for the supervision concept in the Czech nursing

Milena Vaňková ^{a*}, Sylva Bártllová ^b

^a Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

^b Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství a porodní asistence

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2014-10-10

Accepted: 2015-01-23

Published online: 2015-03-10

Keywords:

Clinical supervision

Nursing

Supervisor

Nurse

Conceptualisation

Professionalisation of supervision

Nurse education

ABSTRACT

In their work, the authors bring their attention to the essence of supervision, including selected theoretical starting points of the supervision concept. Their aim is to introduce, interconnect and outline the origins and traditions of the supervision concept mainly within the field of nursing as practiced in foreign countries, and in regard to the traditions which anchors the supervision concept in both psychotherapy and psychology, as well as in other contexts of helping professions. In their work, the authors introduce the theoretical foundation of clinical supervision practiced in nursing abroad and to bring forth terms and summary definitions of the thematically relevant outcomes of the supervision issues described in foreign nursing literature. They provide and discuss aspects concerning the essence of “concept” and legitimization of supervision and its relationship to the nursing practice; they observe supervision correlations from another viewpoint and in a different manner than other Czech authors have done under the existing conditions, mainly supervisors who have traditionally defined and presented the concept of clinical supervision in nursing from a professional standpoint.

SOUHRN

V textu článku autorky zaměřují svoji pozornost na podstatu supervize, včetně vybraných teoretických východisek konceptu supervize. Usilují o přiblížení a vzájemné propojení a nastínění vzniku a tradice vývoje konceptu supervize především v zahraničním ošetřovatelském kontextu, s respektem k tradici, která koncept supervize ukotvuje jak v psychoterapii a psychologii, tak i v dalších kontextech profesionálního pomáhání. V textu článku se autorky věnují teoretickým základům supervize v ošetřovatelství v zahraničí, přináší vymezení pojmů a shrnutí tematicky relevantních výstupů o problematice supervize ze zahraniční ošetřovatelské literatury. Uvádějí a diskutují aspekty, které se dotýkají podstaty konceptu a procesu legitimizace supervize, jejího vztahu k ošetřovatelské praxi a nahlíží souvztažnosti supervize také ještě z jiného úhlu pohledu a jiným způsobem, než jak je doposud v našich podmínkách

Klíčová slova:

klinická supervize

ošetřovatelství

supervisor/ka

sestra

konceptualizace

profesionalizace supervize

vzdělávání sester

* **Korespondenční autor:** Mgr. Milena Vaňková, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 – Krč, Česká republika; e-mail: milena.vankova@lf1.cuni.cz
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.01.008>

KONTAKT XVII/1: 38–48 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

některými českými autory publikací, zejména z řad supervizorů, tradičně koncept supervize v ošetrovatelství z odborného hlediska vymezován a prezentován.

© 2015 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Definování klinické supervize

Kontextuálně vymezované definice supervize pro jednotlivé obory či kontexty pomáhajících profesí, zejména koncept supervize vymezovaný pro ošetrovatelství, včetně stručného exkurzu do historie supervize v ošetrovatelství, jsou obsahem níže uvedeného textu. Jak dokumentujeme konkrétními definicemi, „pojem supervize je multidimenzionální, mnohohrstevný“ [1, p. 275]. Mnohé z definic obsahují zmínku o jednotlivých atributech profesní kultury, kterými jsou hodnoty, předpoklady a přesvědčení té které konkrétní profese, oboru či přístupu k supervizi vyjadřovány.

V úvodu kapitoly, zaměřené na definování konceptu supervize, se připojujeme k českému pedagogovi a filozofovi R. Paloušovi [2] a společně s autorem reflektujeme samotné vymezení slova „pojem“. Jak tvrdí, „pojem“ (nebo koncept či termín) bývá určován definicí. Výrazy „definice“ (*finis – konec, mez*) či „termín“ (*terminus – hranice*) znamenají, že pojem je určitým způsobem „lokalizován“ [2, p. 8]. Dále upozorňuje: „Neznamená to však, že by setrval na jednom místě a nemohl překračovat narýsované hranice, nýbrž že *definice* či popis určuje jeho smysluplné užití v daném kontextu. Jakkoli tedy definice míří na ‚jádro‘ pojmu, není tím existence pojmu vyčerpána. Hranice nejsou neprostupné a daný pojem se potom může pružně proměňovat, aniž by se původní intence ztrácela. Pojmy totiž – zvláště pak pojmy humanitních oborů – nespočívají mrtvě na jednom místě: existují v kontextech, které potom spoluurčují jejich aktuální smysl – hovoří se o kontextuálním filtru“ [2, p. 9; 3, p. 140]. Kořa [4, p. 55] však připomíná, že definice používané ve vědách o člověku by měly být nadčasové a pokud možno interkulturně akceptovatelné, tedy platné obecněji než jen pouze pro jeden typ kultury. Poukazuje, jak definice pojmů ve vědách o člověku narážejí na některé velmi obtížné překonatelné potíže. Tyto nesnáze jsou odvozovány z toho, že „celý proces definování znamená vymezování spjaté s ohraničováním, neboť teprve poté lze pojem pevněji určit či ustanovit“ [4, p. 58].

S konceptualizací, tj. pojetím obsahu a klasifikací definic supervize, se různí autoři vypořádávají různě. Např. autoři Lynch et al. [5] provedli rozsáhlé review literatury, jež se od roku 1925 do roku 2006 zaměřovala na různé definice, teorie a významy ve vztahu ke klinické supervizi. Téma textů také zahrnovala problematiku zavádění supervize, různé modely, efektivitu supervize, vzdělávání, etické a právní úvahy, včetně úvah o budoucnosti klinické supervize pro sestry. Dále autoři Lynch et al. [5] konstatovali, že pouze minimální počet odborných textů se shodne i byt pouze na naprostých základech, jakými jsou vznik a historický vývoj supervize, definice a doporučení pro implemen-

taci klinické supervize. Svá zjištění dokreslují autoři Lynch et al. výrokem Ryan [5, p. 1]: „Povaze klinické supervize je zřejmě přirozené, že neexistuje jednotná definice ani teorie.“ Je patrné, že situace se ani s odstupem desetiletí nestala přehlednější, neboť Yedlich [6] popisuje tuto nevyjasněnost souslovím „konceptní zmatek“.

Neexistuje žádná univerzálně schválená definice klinické supervize, a ani v ošetrovatelské literatuře neexistuje žádná pregnantní a konzistentní definice klinické supervize. Jiní autoři však zdůrazňují, že absence univerzálního porozumění a nedostatečná srozumitelnost v klinickém a akademickém diskurzu přímo přispívají k vytváření mýtu o klinické supervizi [7, 8]. Tito autoři argumentují, že definice a porozumění klinické supervizi je zásadní proto, aby byla přijímána a podporována a následně implementována do praxe.

Todd a Freshwater [9] komentují, že ačkoliv dnes existuje velké množství literatury o klinické supervizi, nedostává se jednoduché, koherentní definice. Snad částečně, aby jednotliví autoři zastřeli tento nedostatek jasné definice, je v odborných publikacích patrná převaha a tendence zaměřovat se na to, co klinická supervize není, namísto toho, co to je. Hovoříme o negativním vymezování. Fowler [10] v rámci rozsáhlejšího průzkumu literatury o klinické supervizi v ošetrovatelství identifikoval pět oblastí, do nichž je možné literaturu o supervizi strukturovat. Jde o témata zaměřená na potřebu supervize v rámci ošetrovatelství, způsoby aplikace a implementace konceptu supervize v praxi, vnímání dobré supervize, modely supervize a přípravu pro supervizory.

Přes některé rozdíly mezi definicemi však existují mnohé podobnosti. Většina definic zahrnuje aspekty týkající se profesionálního rozvoje a podpory, růstu a učení a také osobní podpory. Obvykle koncepty klinické supervize zahrnují dle dostupné literatury následující body:

- Klinická supervize je rámcem pro profesionální reflexi, v němž jsou podporovány růst, rozvoj a učení (se) supervizanta, supervidované sestry [11], což můžeme dokumentovat např. následujícím vymezením supervize: „Klinická supervize poskytuje strukturu pro autoregulaci a rozvoj kompetentní promyšlené praxe, která zdůrazňuje nejen seberefexi a sebehodnocení prostřednictvím reflexe o aktivitách, ale podporuje také reflexi v akci“ [12, p. 13].
- Vztah mezi supervizorem a supervizantem je prvořadý a vždy ovlivňuje výstup a efektivitu klinické supervize.
- Klinická supervize musí být dobrovolná a všechny strany zapojené do supervize musejí být angažované, otevřené a čestné.

V českém zdravotnictví a ošetrovatelství není supervize doposud etablována, legislativně ukotvena a vymezována, a z tohoto důvodu jsme zaměřily pozornost také na defi-

nice supervize ze zahraničních zdrojů. Z širokého spektra dostupných definic supervize jsme v následujícím textu upřednostnily a zmíníme především ty definice, které jsou dle našeho názoru relevantní pro uplatnění supervize v ošetrovatelském kontextu v České republice.

Teoretická východiska supervize v ošetrovatelství

Pojem a definice supervize v mezinárodním kontextu

Tradiční pojetí supervize je v povědomí pomáhajících profesionálů od počátku minulého století systematicky a komplexně rozvíjeno, rekonstruováno zejména prizmatem pojetí především obsahu a definic supervize z oblasti psychologie a sociální práce. Právě tato „za-žitá“ tradice poněkud komplikuje vymezení významu a zejména obsahu pojmu supervize a možnost smysluplného ukotvení konceptu supervize do oboru ošetrovatelství v současnosti samotnými představitelkami oboru ošetrovatelství, tj. sestrami.

Autoři Hancox a Lynch [13] zakomponovali současné myšlenky a podněty z odborné ošetrovatelské literatury o klinické supervizi do předkládané následující definice: „Klinická supervize je formálním procesem konzultací mezi dvěma nebo více profesionály. Záměrem je poskytovat podporu praktikantovi (praktikantům) s cílem podpořit jejich sebereflexi, rozvoj a růst v kontextu jejich profesionálního prostředí“ [13, p. 6].

Pozornost je však třeba věnovat i adjektivu „klinická“. Slovo „klinický“ je řeckého původu (základ „kline“) a znamená lůžko, lehátko a souvisí také se slovním spojením naklánet se. Slova klinika a klinický dnes používáme ve čtyřech hlavních významech a všechny se odvozují od původního, jímž je lůžko.

- lůžkový: klinika jako lůžkové zařízení;
- praktický výukový: klinika jako zařízení, kde probíhá vyučování studentů u lůžka nemocného;
- pro danou osobu či pro dané onemocnění jedinečný;
- vycházející z pozorovatelné zkušenosti [14].

Na základě systematického review vědecké literatury z let 1986–2005 a logické analýzy 24 analyzovaných empirických studií, provedených Derekem Milne [15] dle čtyř kritérií, jež by měla naplňovat empirická definice, předkládá autor integraci definic. Logická analýza dle Milneho [15] zahrnuje 4 uvedená kritéria: *(specifikace – specification); **(upřesnění – precision); ***(upřesnění díky diferenciaci); ****(operacionalizace – operationalization) a (corroboration), která jsou v textu znění definice uvedena kurzivou v závorce tak, jak je prezentoval autor textu Milne [15, p. 439]. Pracovní verze definice dle autora zahrnovala všechny formáty supervize, profese i terapeutické orientace a pokrývala předkvalifikační i pokvalifikační supervizi. Milne [15, p. 439] předkládá následující znění definice pro klinickou supervizi: „Supervize je formální poskytování na vztahu založeného vzdělávání a výcviku schválenými supervizory, přičemž toto vzdělávání a výcvik je zaměřeno na pracovní kontext a řídí, podporuje, rozvíjí a hodnotí práci kolegů” ^{**(upřesnění)}. Hlavními metodami, které supervizoři používají, jsou: korektivní zpětná vazba ohledně výkonu supervidovaného, výuka a spolupracující stanovování cílů ^{*(specifikace)}. Liší se tedy od jiných aktivit, jako jsou např.

mentoring a koučování, tím, že zahrnují hodnotící složku ^{***(upřesnění díky diferenciaci)}. Cíle supervize jsou „normativní“ (např. kontrola kvality), „restorativní“ (např. povzbuzování a zpracování emocí) a „formativní“ (např. podpora a zprostředkování rozvoje kompetencí, schopností a obecné efektivity supervidovaného); ^{***(specifikace pomocí identifikací zajišťovaných funkcí)}. Tyto cíle lze měřit pomocí aktuálně dostupných nástrojů ^{****(operacionalizace)}, [15, ibidem]. Avšak, jak upozorňuje Lyth [16, p. 273], „v rámci interpretačního/konstruktivistického paradigmatu není vhodné používat empirické indikátory pro vyhodnocení definic klinické supervize, ale je nutné analyzovat každý koncept ve vztahu ke kontextu a z holistického hlediska“.

Paralelně s využitím poznatků o klinické supervizi nás také zajímá jejich vznik, konstrukce a tvorba nového poznání o supervizi. Nahlížíme-li na pojem a definice supervize prizmatem konstruktivistických teorií, pak můžeme konstatovat, že možných definic pojmu supervize by tedy mohlo být na základě konstruktivistického pojetí supervize potenciálně tolik, kolik autorů se kdy v minulosti koncept supervize definovat pokusilo, a to vše bez ohledu na nárokování si objektivní pravdivosti definice supervize, bez ohledu na tradici vývoje konceptu, profesně či rezortně vnímanou příslušnost autorů jednotlivých konceptualizací pojmu supervize.

„Latinský základ *formo*, *-are* znamená proces uzpůsobování, vzdělávání či pěstování“ [4, p. 56]. Spíše však než pojem definice, jehož vymezení vnímáme více „jako strukturovaný soubor vět pokládaný za pravdivé“, však použijeme termín „pojmové schéma“. Ve shodě s Hackingem [17, p. 249] tento termín nahlížíme jako „rámeček, ve kterém tyto věty mohou anebo smí být pravdivé“, neboť jsme si vědomy, že „hranice poznání leží mezi možným a nemyslitelným, mezi smyslem a nesmyslem“ [17, p. 244]. Vyjádřeno slovy M. Foucaulta, uvědomujeme si „historické a priori“, tedy jak objasňuje Hacking [17, p. 249]: „Forma poznání reprezentuje to, co se v nějakém časovém okamžiku pokládá za myslitelné a možné.“ Tímto prizmatem nahlíží na definice, zejména pak v sociálních a humanitních vědách, také Vybíral [18, p. 152–3] a vymezuje je jako „jen jazykem ustavené doktríny a jazykové konvence, které mohou být překážkou v porozumění, byť možná paradoxně definice zavádí označující pojmenování, [...] zavádějí řád do našeho porozumění světu – a hlavně do našeho dorozumívání se s jinými lidmi. Definice je pak buď zformulované východisko, nebo řídicí princip dalšího pohybu, na němž se shodneme. Každá definice označuje nějakou podstatu [...], vykonává autoritativní vliv na naše poznávání, přestože žádné vědění neposkytuje.“

Pravdivost vědeckých popisů a výkladů, pravdivost a správnost třídění, paradigmat, soustav a kognitivních map o něčem se vyvíjí. V kriticky otevřeném přístupu k vědě platí, že to, co bylo pokládáno za pravdivé, může se po čase ukázat jako nesprávné.

V České republice se můžeme v současnosti setkat s praktickou aplikací supervize v oblasti psychoterapie a poradenství, dále v oblasti sociální práce. Ve zdravotnictví, s výjimkou psychoterapeutických pracovišť a soukromých praxí, je dosud supervize přijímána v omezené míře, a to spíše jako teoretický koncept, který není širěji uváděn do praxe. Jednotlivé zdravotnické profese a obory se čas-

tečně rozcházejí zejména ve svém náhledu na to, kdy a kdo koncipoval klinickou supervizi jako první [5]. V pomáhajících profesích, jako jsou např. psychoterapie nebo sociální práce, má diskurzivní pojem supervize v současné době poměrně konkrétní význam, ale také obsah. Vybíral [18] uvažuje nad rigiditou nebo naopak nerigiditou samotných pojmů, chápeme-li je jako „označující nástroje“ [18, p. 108]. Uvádí, že „rigidita netkví *někde* ve slově samém, ale je spíše vlastností jeho používání a aplikování“. Předpokládá tedy, že dojde-li k *rigiditě* aplikování slova, ustrnou i představy nad jeho významem. „Trs v prvopočátku libovolně konotovaných významů může vytvořit dokonce – pro uživatele slova závazný – denotát, a to tam, kde uživatelé slova zavedou jisté konotace jako závazné či obvyklé“ [ibidem], a můžeme dodat, že mnohdy se tak děje bez jakéhokoliv zřetele na situační, spoluurčující kontextové proměnné, které umožňují zachytit *multipodmíněnost podob a obsahů supervize v jednotlivých kontextech*. Např. autoři Lynch et al. [5] ve svém přehledovém článku upozorňují na zjištění, že odborné texty pojednávající o supervizi z pohledu psychiatrie a psychoterapie mají tendenci diskutovat a prezentovat klinickou supervizi výhradně jako *svěbytnou entitu své vlastní profese*, aniž by se autoři těchto textů zabývali paralelně prezentovanými odbornými texty autorů z jiných oborů [19, p. 269]. Jak o tom informují Mullarkey a Playle [20, p. 2010], teprve v nedávné době začalo docházet k tomu, že se autoři z jednotlivých oborů odkazují na relevantní práce z jiných oborů či zvažují „*mezioborovou supervizi (cross-disciplinary supervision)*“ jako možnost.

Exkurz do zahraniční historie supervize v ošetrovatelství – inspirace pro českou „supervizní realitu“

Nástup a rozvoj konceptu supervize v zahraničním ošetrovatelství předběhl o mnoho desetiletí vývoj v České republice. S ohledem nejen na mezinárodní zkušenosti lze předpokládat rozvoj a snad i legitimizaci supervize také v České republice. Avšak očekávání odborné ošetrovatelské veřejnosti ani praxe supervize v českém ošetrovatelství zatím nejsou podloženy dostatečně propracovanou teorií, chybí jasná konceptualizace supervize v ošetrovatelství i empirický výzkum. Nejcitelněji můžeme tyto deficity vnímat v současnosti, kdy také v České republice pomalu nazrává v kontextu transformačních změn a reformem ve vzdělávání sester situace na implementaci supervize do ošetrovatelské praxe.

Supervizor, který poskytuje supervizi v různých oblastech, kontextech pomáhajících profesí i oblastech klinické praxe, by měl supervizi procesuálně praktikovat „stejně“. Avšak rozdílná, tedy „kontextově specifická“ budou témata supervidovaných a dále samotní účastníci supervize, s nimiž se bude supervizor setkávat. Tak je možné na supervizi v „kontextu ošetrovatelství“ nahlížet jako na jednu z perspektiv, čímž (se) uvolňuje prostor pro úhly pohledu a perspektivy jiné. Pro přehlednější strukturu textu se dále zaměříme zejména na problematiku supervize v ošetrovatelství.

Vývoj supervize v ošetrovatelství a současně široké uplatnění konceptu supervize v zahraničí je pro českou odbornou ošetrovatelskou veřejnost značně nepřehledné, avšak ještě o poznání méně přehlednější pak musí být si-

tuace pro zájemce o tuto kontextuálně vázanou problematiku supervize z jiných oborů pomáhajících profesí, včetně ve zdravotnictví již v současnosti externě působících supervizorů (např. z řad psychologů), kteří nedisponují specifickými oborovými znalostmi z ošetrovatelství.

Svoji roli v nízkém povědomí odborné komunity o supervizi sehrála v minulosti – a to nejen pro obor ošetrovatelství – také několik desetiletí trvající pauza v kontaktu s odborným světem, která se bohužel po roce 1989 ve vztahu k uplatnění supervize v ošetrovatelství neodstranila. Na zahraniční tradici supervize může obor ošetrovatelství v České republice navázat až v současnosti, v prvním desetiletí nového milénia.

Autoři Lynch et al. [5] při průzkumu odborné literatury autorů z různých zemí nebo různých oborů a specializací v rámci ošetrovatelství zjistili, že do značné míry ignorují či přehlížejí práce jiných autorů z minulosti, a proto se koncept klinické supervize v ošetrovatelství neustále objevuje a je mnohými autory opětovně označován jako „nový“ koncept nebo „nový“, „neznámý fenomén“ [21, p. 864]. Z tohoto důvodu autoři opětovně upozorňují na *problémy s implementací klinické supervize pro sestry do ošetrovatelské praxe*, které jsou, jak se zdá, mezinárodně velmi podobné, ať už se jedná o Velkou Británii a Spojené státy americké, či Austrálii [5, p. 7].

V České republice je odbornou komunitou nejen sester, ale i komunitou supervizorů, stále ještě obecněji sdílená teze o supervizi jako pro ošetrovatelství novém konceptu. Ošetrovatelská teorie, praxe a koncept supervize, jež na sebe působí a začínají se intenzivněji ovlivňovat, jsou v České republice zatím stále ještě vnímány jako relativně striktně oddělené a nezávislé oblasti. Historických souvztázností a provázanosti oboru ošetrovatelství se supervizi si mnozí odborníci na supervizi doposud nebyli vůbec vědomi a věnovali mu v publikacích pozornost minimální, neboť tyto „spojité nádoby“ v českém ošetrovatelství nejen že mnozí autoři z řad supervizorů nejsou schopni reflektovat, ale prozatím ani ochotni akceptovat a přiznat na tuto oblast odkazovat, a to ani v textech svých publikací [22]. Tento názor zpochybňujeme a předkládáme informace o integraci supervize jako součásti profese, autonomní disciplíny ošetrovatelství v podobě četných citací a odkazů na zahraniční autory.

Dále se v textu soustředíme na nastínění počátků vzájemného (spolu)působení a existenci či přesněji řečeno proces legitimizace supervize, tj. proces počátků implementace supervize do ošetrovatelství v zahraničí.

Klinická supervize ve Spojených státech amerických

V roce 1930 W. H. Burton [23] publikuje v „*American Journal of Nursing*“ odborný text „*Supervision*“, který vznikl jako reakce na konferenci o klinické supervizi v roce 1925. Lynch et al. [5] se odkazují ve svém článku na americké autory Day (1925), Newton (1925), Schmidt (1926) Wolf (1941), Freeman (1952) a Florence (1953), kteří již ve své době označili klinickou supervizi pro sestry jako „demokratický proces zaměřený na profesionální růst a jeho potenciál ve zdravé atmosféře neformálnosti, partnerství, shovívavosti a podpory“.

Lynch et al. [5] upozorňují na základě citace Perrodina, že koncept klinické supervize byl popisován jako „spolu-

pracující proces založený na participativní diskusi bez autoritativního „měl/a bys“ či „musíš“. V roce 1954 Perrodin zdůraznil „věk supervize“ v textu „*Nursing Supervision*“ s přesvědčením, že jde o zásadní nástroj pro řešení tehdejší krize v ošetrovatelství. Také vyjádřil obavu, že klinická supervize sama o sobě není vnímána jako samostatná entita. „Paradoxně se konečným cílem supervize stal její vedlejší produkt, protože supervizor se snažil zajistit dobrou ošetrovatelskou péči nikoli prostřednictvím zaměření na ošetrovatelský personál, ale spíše na lékařská doporučení a postupy“ [ibidem]. Již v roce 1976 prostřednictvím dokumentu „*Division of Psychiatric and Mental Health Nursing Practice*“ představila Americká asociace sester (American Nurses Association) klinickou supervizi jako požadavek pro certifikaci v psychiatrii a ošetrovatelské péči v duševním zdraví [24, p. 5].

Publikace evropských autorů, ale zatím také ani odborné publikace českých autorů, nezmiňují význam a nedocenitelný přínos práce americké psychiatrické sestry a teoretičky ošetrovatelství J. Travelbee [25] pro rozvoj klinické supervize v ošetrovatelství. Podklady kapitoly o supervizi „*Supervision of the Practitioner: the Supervisory process*“ z její publikace „*Intervention in Psychiatric Nursing: Process in the One-To One Relationship*“ [25] aktualizovala autorka článku M. Vaňková vzhledem k historické výpovědní hodnotě textu tak, aby zastaralé výrazy byly v České republice supervizory dle aktuálně používané terminologie nahrazeny relevantními současnými pojmy, včetně „aktualizace významu“ termínů používaných J. Travelbee k popisu konceptu supervize a zasazení do kontextu současné problematiky supervize v ošetrovatelství.

J. Travelbee [25, p. 237] konceptualizovala již v roce 1969 supervizi v ošetrovatelství jako „uni-profesní koncept“, když upozorňovala vzhledem k nedostatečnému počtu v supervizi vzdělaných psychiatrických sester supervizorek na naprosto nepřijatelnou tendenci akceptovat pro ošetrovatelský kontext jako supervizory pomáhající profesionály z jiných oborů a profesí, než je ošetrovatelství. Pomáhající profesionálové, např. sociální pracovníci, psychologové či psychiatři, nejsou a ani nemohou být dle názoru Travelbee kompetentní pro realizaci supervize v kontextu ošetrovatelství.

Jako kompetentního supervizora, zejména pro oblast psychiatrické ošetrovatelské péče, definovala vysokoškolsky vzdělanou sestru, která má znalosti a dovednosti v navazování, rozvoji a udržování raportu, terapeutického, individuálního vztahu, pracovního spojení s pacientem. Ve vztahu k pacientovi kladla Travelbee [25] důraz na sebereflexi sestry, její vědomou práci s předpoklady, včetně zpracovávání pocitů obav a úzkosti, jež se ještě před navázáním počátečního kontaktu, ale také v průběhu péče o pacienta mohou projevit. Upozorňovala, že každý z nás je ovlivňován a ovlivňuje myšlenky, pocity a chování druhé osoby. Každý z nás, zejména pak pacienti, o které sestry pečují na psychiatrickém oddělení, jsou ovlivněni tím, co je během setkání vyřčeno, či nikoli. Již v té době upozorňovala, že „laické a profesionální názory na zdraví a nemoc“ se mohou značně lišit [26]. Travelbee [25], zrovna tak jako např. Watzlawick et al. [27], považovala za zásadně nevhodnou a nekompatibilní aplikaci medicínského modelu

nemoci pro oblast funkčních duševních poruch. Také podle Vybírala [18] právě např. psychiatrické a psychologické klasifikace mají být kategorizacemi „citlivými na kontext“ (kontext-sensitive categorizations). Podle Anderson [28] je nemoc produktem interpretace a je tedy úzce spjata s jazykem a komunikací. Z postmoderního, interpretativního a narativního pohledu vnímá Anderson konverzaci jako lingvistický fenomén: proces tvorby významu. Také Travelbee (1969) ve svém konceptuálním modelu kladla na první místo vztahovost a zdůrazňovala význam komunikace sestry s klientem v kontextu svého „*modelu vztahu člověk–člověk*“ (*The Human-to-Human Relationship*).

V kontextu případové klinické supervize zdůrazňovala Travelbee [25, p. 131–133] význam analýzy a syntézy v činnosti supervizora a jeho nestrannou perspektivu, kterou v supervizi zaujímá. V současných postmoderních systemických přístupech v supervizi uplatňuje supervizor postoj, který je možné označit spíše jako „stranění všem stranám“. Dle jejího názoru existují dvě ohniska supervizorovy práce v supervizi. Zprvu existuje odpovědnost supervizorky ohledně učení a profesního rozvoje supervidované sestry a zadruhé existuje závazek sestry k poskytování bezpečné a kvalitní péče o pacienta. Oba cíle jsou splněny, když supervizor použije přístup zaměřený na řešení problémů. Supervizorka by měla supervidovanou sestru, studentku v průběhu supervize vhodně podporovat v nalézání a konstruování jejích vlastních strategií pro vhodné intervence ve vztahu s pacientem, klást otázky, které stimulují proces řešení. Ve svém přístupu k supervizi se Travelbee řídila předpokladem, že „profesionálové vytvářejí vědomosti, neprofesionálové kopírují to, co je již známé“ [25, p. 132]. Profesionální supervize dle J. Travelbee podporuje autonomii pomáhajícího profesionála, supervidované sestry, a supervizor má tedy za úkol zajišťovat prostředí, v němž lze rozvíjet kreativitu supervizanta. Také Jones [29] odkazuje na Alfonsa, jenž se věnuje supervizi v psychoterapii a podporuje shodně s Travelbee myšlenku že: „... supervize kombinuje vědu s estetickou kreativitou umění. [Supervizori; pozn. autorek článku] Učí, inspirují, povzbuzují a tvarují směrem ke svému vlastnímu standardu profesní znamenitosti“ [ibidem, p. 578].

Supervizor je dle J. Travelbee zaměstnancem nemocnice, kliniky či vzdělávací instituce, fakulty. Jeho jednoznačně definovanou náplní práce je poskytování podpory sestrám za účelem rozvoje jejich profesionální kompetentnosti. Upozorňovala, že úkoly a funkce vlastní v supervizi jsou tak rozmanité, rozsáhlé a složité, že vyžadují zaměstnání na celý úvazek. Upřednostňovala především supervizorovy pedagogické dovednosti, poté jeho odbornou erudici. Tvrdila, že „dvojrole“ odborníka/pomáhajícího profesionála jakožto experta a role pedagoga se vzájemně nevylučují, nicméně porozumění a dovednosti požadované pro supervizi se liší v některých ohledech od těch dovedností a znalostí vyžadovaných pro klinickou kompetentnost. Ne všichni kompetentní zdravotníci/sestry mají schopnost nebo ambice stát se supervizory.

Myšlenky J. Travelbee o supervizi v ošetrovatelství byly ve své době vizionářské. Uplynulo půl století a odkaz, dílo a myšlenky této americké sestry pro současnost a supervizi v ošetrovatelství jsou stále více než inspirující a inspirativní.

Klinická supervize ve Velké Británii

Vládní politika Velké Británie je v oblasti vzdělávání sester a uplatnění konceptu supervize systematická a dlouhodobě konzistentní. Implementace supervize do ošetrovatelského kontextu se opírá o rozsáhlá šetření a seriózní výzkumné analýzy, a to již od svých počátků (viz níže v textu). Zcela odlišná se dle studia zahraniční literatury jeví být situace v porodní asistenci. Supervize porodních asistentek je ve Velké Británii povinným požadavkem od roku 1902, obecně je však vnímána jako formální *proces manažerské/administrativní supervize* v rámci profese, který propojuje profesionální hierarchii s každodenní klinickou praxí [30, 31, 32]. Supervizoři mají odpovědnost zajistit, aby porodní asistentky v rámci své jurisdikce vyplnily ohlašovací formuláře o jejich praxi, aby byl příslušný orgán informován o praktikujících porodních asistentkách a aby všechny porodní asistentky obdržely kopie pravidel pro porodní asistentky a byly dostupné pro jednání o tématech spojených s praxí. Kvalita porodnictví je propojena s kvalitou supervize. Myšlenka administrativní a manažerské supervize propojené se zajištěním kvality je také charakteristickým prvkem supervize v oboru sociální práce.

V literatuře z Velké Británie lze dohledat pouze minimum odkazů na klinickou supervizi pro ošetrovatelský kontext, a to až do počátku 90. let 20. století, kdy akademičtí vzdělavatelé sester T. Butterworth et al. [33] a J. Faugier navázali na práci Brigid Proctor a začali prozkoumávat klinickou supervizi pro sestry [34]. Mezi první z těch, kdo argumentují, že jsou požadovány mechanismy formální podpory pro sestry a že tyto mechanismy by měly mít formu klinické supervize, patří Butterworth [34]. Formální implementace supervize do ošetrovatelství ve Velké Británii byla výsledkem kvalitativních změn a narůstajícího soustředění se na ochranu klienta – spotřebitele zdravotní péče v politice vlády ve Velké Británii po roce 1993. V roce 1991 sestra Beverley Allitt zavraždila čtyři děti a pokusila se zavraždit ještě dalších osm v nemocnicích Grantham a Kesteven ve Velké Británii. Následné vyšetřování upoutalo pozornost znepokojené veřejnosti vzhledem k možností minimální ochrany, která je poskytována zranitelným pacientům v případech, kdy se sestra rozhodne způsobit úmyslné ublížení na zdraví. Výsledná zpráva v rámci šetření [5] zdůraznila a zavedla doporučení, která se vztahovala ke změnám v personálním managementu (konkrétněji k výběru zaměstnanců) a dále doporučení a zavedení systému určených na podporu zvýšené bdělosti a mezioborového sledování zaměstnanců. Jedním z identifikovaných preventivních opatření byla také klinická supervize. Činy Beverley Allitt „povzbudily“ obháje klinické supervize v naději, že systém supervize může být nápomocen v odhalení a zabránění budoucím tragédiím. Také v České republice se odehrála kauza, kdy bývalý nemocniční ošetrovatel Petr Zelenka (známý jako „heparinový vrah“) byl odsouzený za 7 vražd a 10 pokusů o vraždu, které měl spáchat od května do září 2006 na ARO havlíčkobrodské nemocnice za pomoci podávání silných dávek heparinu pacientům v bezvědomí [35]. V září 2014 byla v médiích zveřejněna informace o obvinění zdravotní sestry Věry M. z toho, že v rumburské nemocnici zavraždila pacientku. Sestra byla ve vazbě a policie řeší deset dalších podezřelých smrtí. Zá-

roveň se v tisku začaly objevovat názory, že mohlo jít o eutanazii, jež není v Česku povolena [36].

V souvislosti s vyšetřováním kauzy Allitt vykristalizoval také velký počet otázek ohledně odpovědné praxe a bezpečné supervize. Následující významná publikace „*Department of Health Vision for future Report*“, na kterou upozorňují autoři Lynch et al. [5, p. 5] zahrnovala zprávy o budoucí vizi a opatřeních ministerstva zdravotnictví, jež identifikovala dvanáct klíčových cílů, z nichž desátý se specificky vztahoval ke klinické supervizi jakožto konceptu, který by měl být dále prozkoumán a rozvíjen. V této době psali o tématu klinické supervize pro sestry Butterworth a Faugier. Byli vnímáni jako průkopníci supervize v ošetrovatelské praxi. Zdůrazňovali význam klinické supervize pro všechny sestry. Popisovali supervizi jako systém se třemi funkcemi: formativní, normativní a restorativní s odkazem na model klinické supervize dle Brigid Proctor [37, p. 60; 38, p. 62], jež pak mnohé zdravotnické trusty ve Velké Británii doporučovaly k plošné implementaci. Model byl v té době intenzivně propagován, zaváděn a hodnocen v celé Velké Británii [11, 39].

Brunero a Stein-Parbury [40, p. 88–89] poukazují na skutečnost, že na základě použití modelu dle Proctor autoři jako např. White et al. [39] demonstrovali účinnost a efektivitu klinické supervize. Předložili výsledky osmnáctiměsíční, multicentrické studie klinické supervize, kde byla použita kontrolní skupina sester, jež vykazovaly značný nárůst emočního vyčerpání a depersonalizace. Studie byla hodnocena pomocí stupnice *Maslach Burnout Inventory*. Navzdory uznání některých metodologických nedostatků autoři ve výsledcích uváděli, že klinická supervize přispěla ke snížení symptomů vyhoření sester. I další početné kvalitativní studie z tohoto období demonstrovaly, že sestry klinickou supervizi oceňují a jejich výroky dokladovaly výhody, které jim supervize přinášela [41]. Sestry také identifikovaly lepší výsledky u pacientů, když popisovaly výhody přijímání supervize [42].

V roce 1994 byl zveřejněn dokument ministerstva zdravotnictví ve Velké Británii (Department of Health) nazvaný *Práce v partnerských vztazích (Working in Partnership)*, který výslovně uvádí požadavek pro psychiatrické sestry (Psychiatric/Mental Health Nurse) pravidelně podstupovat a přijímat supervizi [43]. Také dokumenty vydané ministerstvem zdravotnictví v pozdějších letech, např. *Prvotřídní služba (A First Class Service)* [44], kladou důraz na přijetí konceptu klinické supervize pro obor ošetrovatelství. Koncept supervize se stal integrální součástí celoživotního vzdělávání sester a tím umožňoval přijmout osobní odpovědnost a závazek za péči a provádění neustálé revize této péče [45].

V této době začaly být také publikovány knihy zaměřené na klinickou supervizi pro sestry [46, 47]. Centrální rada Velké Británie pro ošetrovatelství, porodnictví a zdravotní služby (The United Kingdom Central Council – UKCC) definuje ve svém dokumentu klinickou supervizi jako „formální proces profesionální podpory a učení, který umožňuje jednotlivým zdravotníkům, aby si rozvíjeli své znalosti a kompetence, přebírali odpovědnost za svoji vlastní praxi a posilovali ochranu spotřebitelů a bezpečnost péče v komplexních klinických situacích. Je zásadní pro proces učení a rozsah rozvoje praxe a měla by být považována za pro-

středek na podporu sebehodnocení a analytických a reflektivních dovedností“ [45, p. 1]. Mullarkey a Playle [20] upozorňují na skutečnost, že koncept klinické supervize je ve Velké Británii již od samého počátku koncipován jako uniprofesionální koncept a „klinická supervize je aktivita sester, o sestřích a pro sestry se sestrami“.

Dva rozdílné diskurzy – komparace severoamerické a evropské konceptualizace klinické supervize

Jak jsme již zmínily výše v textu, na základě průzkumu relevantní dostupné severoamerické a evropské odborné literatury jsou naznačeny dva diametrálně odlišné diskurzy o klinické supervizi v ošetrovatelství. V konečném důsledku to znamená dvě odlišné konceptualizace a legitimizace účelu a výsledné praxe klinické supervize, jež přibližují v textu přehledového článku také autoři Cutcliffe a Lowe [48]. Severoamerický diskurz konceptualizuje klinického supervizora jakožto „experta“ v příslušném daném oboru působnosti, což s sebou nese konceptualizaci supervize jako nedílné součásti profese sestry. Supervizantem je méně kompetentní, péče zná sestra. Supervize je konceptualizována jako „interní“ supervize s akcentem na prvky manažerské či administrativní funkce supervize. Evropská konceptualizace spíše předpokládá, že supervize je platforma, rámec pro reflexi a sdílení osobních, mezilidských a zejména klinických aspektů ošetrovatelské péče s cílem podpořit a rozvíjet sestry jako kompetentní „reflektivní praktiky“. Tato konceptualizace nevytváří tlak na odbornost supervizora. Očekává, že supervizoři nemusejí nezbytně být zkušenějšími, tj. kvalifikovanými odborníky v oboru ošetrovatelství či dokonce v příslušné ošetrovatelské specializaci. V textu článku se blíže zaměříme na některé, v českém ošetrovatelství zatím v souvislosti s konceptem klinické supervize nereflektované či nezodpovězené otázky, jež z rozdílných diskurzů a konceptualizace supervize vyplývají.

Severoamerická konceptualizace klinické supervize

Ve Spojených státech se používá termín klinická supervize většinou jako označení vztahu mezi administrátorem nebo nadřízeným, jenž má přímou odpovědnost za výkon supervizanta, a služebně mladší sestrou [49]. Supervize v tomto pojetí vykazuje a zachovává formální hierarchickou strukturu, nejedná se tedy o vztah mezi vrstevníky či kolegiální vztah. Sestry, které se starají o pacienty ve formálním prostředí zdravotní péče, ohlašují problémy nebo obavy svému supervizorovi, vyhledávají vedení v administrativních záležitostech a supervizor zároveň hodnotí jejich výkon. Jako supervizoři bývají v této souvislosti často označovány lidé ze středního článku řízení (např. vedoucí směny/směnové sestry – hovoříme pak o interní supervizi).

V Americe je studentkám v kvalifikační přípravě na výkon profese sestry v kontextu odborné klinické praxe přidělen *perceptor*, jenž je často částečně odpovědný také za hodnocení studenta. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že odpovědnost perceptorů za hodnocení výkonu studentů v sobě nese zřejmou nerovnováhu a moc, což je aspekt, který je často diskutován nejen v souvislosti s konceptem perceptingu (v České republice se jedná o koncept mentoringu), ale také v souvislosti s klinickou supervizí. Vztah

v rámci klinické supervize neznámá v USA vztah mezi zkušenou sestrou a studentkou. Konceptualizace mentoringu a role mentora v českém ošetrovatelství je v zásadě dvojí: Pojem „mentoring“ zahrnuje v České republice jednak odborný vztah v organizaci, kdy zkušený zaměstnanec nabízí podporu, pomoc v účinnějším rozvoji, vedení a rozvíjení kariéry nového zaměstnance – sestry absolventky v období adaptačního procesu. Mentoring/mentorship je vnímán jako nástroj personálního řízení lidských zdrojů a podpory procesu adaptace sester v organizaci. Současně je ale pojem a koncept používán také pro vedení studentů ošetrovatelství a porodní asistence během odborné praxe jejich pregraduální přípravy na výkon profese sestry zkušenou sestrou z klinické praxe, tj. mentorkou odborné praxe [50]. Také v zahraniční ošetrovatelské odborné literatuře můžeme sledovat počínající diskuse o tom, zda supervize má být intenzivněji zahrnuta již jako součást kvalifikačního vzdělávání studentů ošetrovatelství, anebo je spíše konceptem, který nalezne uplatnění především v kontextu normativního, tj. celoživotního vzdělávání sester jako profesní (klinická) supervize.

Vývoj v některých částech USA se však částečně shoduje s evropským modelem klinické supervize a zahrnuje *přidělení mentorů sestrám absolventkám* s cílem pomoci jim zvládnout realitu každodenní ošetrovatelské praxe [48, 49] jako prevenci „šoku z reality praxe“. Tento podpůrný vztah zahrnuje vztah jeden na jednoho, nejčastěji se zkušenější (a velmi často služebně starší) sestrou, která dle potřeby poskytuje vedení, podporu a pokyny sestře absolventce. Autoři Stuart [51] a Varcarolis [52] se ve značné míře shodují na konceptualizaci klinické supervize, která zahrnuje „hodnocení kvality výkonu prostřednictvím pravidelně naplánovaných supervizních setkání“ [5, p. 231]. Supervize je prováděna buď zkušenějším klinikem, nebo prostřednictvím diskusí s kolegyněmi, sestrami v rámci profesionálně vedených skupinových supervizních setkání. Metody *učení podporovaného kolegy* (*peer-supported learning supervision*) jsou zaměřené na strukturování reflexe konkrétní profesní praktické zkušenosti, o nichž supervizanti diskutují ve skupinkách po třech až čtyřech za pomoci řady reflektivních otázek. Účelem supervize podporované kolegy je sdílení reflexí mezi kolegy, supervizanty, což je způsob spolupráce, jež velice napomáhá výměně zkušeností při řešení konkrétních problémů, sdílení nápadů a zdrojů dobré praxe. Billings, citovaný autory Lynch et al. [5], však proti tomuto názoru argumentuje a uvádí, že klinickou supervizi lze využívat také jako podpůrný systém. Upozorňuje tak na významný rozměr klinické supervize, který je v severoamerické konceptualizaci poměrně často přehlížen a jímž je zaměření na potřeby sester, zejména pak sester z kontextu psychiatrického ošetrovatelství. Jedná se o potřebu starat se a pečovat o sebe samé, aby byla zachována schopnost sester pečovat o druhé, což v severoamerických konceptualizacích klinické supervize relativně chybí.

Evropská konceptualizace klinické supervize

Blíže průzkum evropské literatury, která se zaměřuje na problematiku klinické supervize v ošetrovatelství, demonstrovuje značnou diverzitu a rozmanitost v přístupu k definicím i pojetí klinické supervize. Bylo by značně zavádějící na tomto místě tvrdit, že v evropské odborné ošetrovatel-

ské literatuře existuje pouze jedna jediná konceptualizace klinické supervize. Nicméně mnohé z prací sdílejí společné a shodné prvky, díky nimž můžeme ve shodě s autory [5, 48] konstatovat, že existuje významný rozdíl ve vztahu k severoamerické konceptualizaci klinické supervize. Jako hlavní rozdíly můžeme vyjmenovat rozdílné vnímání povahy a účelu klinické supervize. *Hlavním účelem klinické supervize jsou profesní rozvoj a podpora supervizanta.* Některé evropské konceptualizace klinické supervize se primárně zaměřují na případovou supervizi a témata, jež přináší supervizant, spojená s pracovním vyčerpáním v souvislosti s poskytovanou péčí [53].

Další významný rozdíl mezi evropskými a severoamerickými konceptualizacemi klinické supervize se týká tématu, zda supervizor zaujímá hierarchickou pozici a uplatňuje tak svoji moc a autoritu nad supervidovaným(i). Původní konceptualizace klinické supervize pro sestry v Evropě byly neobomlné ve zdůrazňování, že role přímého nadřízeného a klinického supervizora by neměla být zaměňována. Záhy se objevily zmínky o problémech, které by vyplynuly ze situace, kdyby byla klinická supervize spojována s manažerskou supervizí [34]. Odezvou pak byla intenzivní snaha oddělit klinickou supervizi od vlivu autority a uplatňování moci supervizora. Je-li supervize spojována s manažerskou supervizí, přestává být totiž pro mnohé autory emancipačním procesem a stává se analogií Bethamova „Panoptikonu“, tedy procesem zabývajícím se spíše dohledem a kontrolou [54], analogicky s Foucaultovou myšlenkou „upřeného pohledu“ [48, 55]. Michel Foucault ve své knize *„Dohlížet a trestat“* [55] píše o panoptismu v moderní společnosti a jeho disciplinačním významu. Touto metaforou odkazuje na zakládající postavu utilitarismu Jeremyho Benthamu, který architektonický princip panoptikonu vymyslel. Jedná se o budovu (např. věznici, školu, nemocnici, psychiatrickou léčebnu), která je tvořena kruhovou zdí s oddělenými celami a domkem dozorců uprostřed. Důležité ovšem je, že z věže lze pozorovat osazenstvo všech kójí kolem (*pan* – všichni, *opticon* – pozorovat). Zároveň nejlépe tak, aby si obyvatelé cel nemohli být nikdy jisti, jestli jsou zrovna pozorováni. Díky tomu se u nich má vyvíjet snaha jednat a chovat se, jako kdyby je neustále pozorovaly autority. Ve výsledku si tak mají zvnitřnit vnější pravidla a tak si podobně jako rekruti v armádě osvojit disciplínu. Věž uprostřed Foucault označuje jako *laboratoř moci*, odkud lze nepozorovaně konat dozor, zkoumat všechny kolem, ale také provádět různé experimenty. Existuje paralela k superviznímu sezení, zejména skupinovému. Dle Mazurkiewiczze a Walesaka [56, p. 117] tak dochází k propojení disciplíny a normalizace, navzájem se prostupujících produktů moci a vědění. K normalizaci založené na vědění může dojít díky disciplinaci, zatímco normalizace a trestání jednotlivců mají za následek posílení moci. Příklady tohoto působení „ve smyslu procesů, které přetvářejí jednotlivce ve výsledek a objekt moci, stejně jako ve výsledek a objekt vědění“ [ibidem] přináší také zahraniční autoři odborných textů z kontextu ošetřovatelství.

V souvislosti s Foucaultovým neologismem *moc/vědění* – vědění/moc upozorňujeme nejen na negativní aspekty disciplinování a dohledu v supervizním vztahu, ale šířeji také na riziko sociální kontroly, podmaňování a omezování nezávislosti

profesního sebeurčení sester a autonomie oboru ošetřovatelství. Zatím jsme ve fázi, kdy v českém ošetřovatelství nevystupují do popředí otázky spojené s dostupností a kvalitou supervize, které však v sobě více či méně implicitně obsahují také otázky a problematiku vzdělávání a kompetencí, včetně profesního rozvoje a uplatnění supervizorů pro ošetřovatelský kontext. Ústřední tezí postmoderních přístupů jsou názory, že také zákony, společenské zvyky, zvyklosti – všechno to, co vytváří strukturu „skutečnosti“, se konstruuje skrze sociální interakce v průběhu času. Spolu s tím, jak budou *vědění a způsoby zvýznamňování či definování konstruktu supervize* aktéry z úzkého okruhu supervizorů, podporujících produkci sociálněvědní expertizy o supervizi sdíleny, bude se měnit i povaha sociální skutečnosti a proces legitimizace supervize v ošetřovatelství. Samotný proces konstituování konceptu supervize, diskursivního vyjednávání supervize, ovlivňují i mnohé další faktory, jež je třeba vzít v úvahu. Například jsou jimi v souvislosti s *mocí diskurzu a vědění* soukromé a/nebo společenské zájmy jednotlivých, na současné supervizní scéně již existujících uskupení, prezentované supervizními instituty a spolky či zainteresovanými skupinami. Je vhodné upozornit na skutečnost, že pojetí supervize, jež má své východisko a priori v psychoterapeutických základech přirozeně adoruje její podpůrnou funkci a již podstatně méně je v tomto pojetí koncept supervize spojován s funkcí vzdělávací. Je tedy nutno brát v úvahu, že různí aktéři ve společnosti – a také jednotlivé skupiny supervizorů a supervizantů – mají odlišná očekávání a představy o poskytované supervizi, včetně vzdělávání v supervizi. Do popředí se dostává otázka vlivu a moci jednotlivých, v procesu legitimizace, konceptualizace supervize a profesionalizace supervize a supervizorů, zúčastněných stran. *Postoj tržní nezaujatosti a hodnotové neutrality*, a to nejen na straně jednotlivců, skupin a/nebo institucí se zájmem o koncept supervize, ale také dalších aktérů, organizací či institucí, může být velmi diskutabilní. Pro vymezení a hodnocení supervize bude proto nutné hledat širší společenský konsenzus. Ačkoliv, jak uvádějí Yegdich a Cushing [24], byla původně klinická supervize vyvinuta v rámci psychiatrického ošetřovatelství [58, 59] a čteně zmiňována v souvislosti s psychoterapií, je klinická supervize v současnosti v zahraničí implementována také v dalších kontextech ošetřovatelské péče. Na definování minimálních požadavků pro supervizní činnost v ošetřovatelství by se měli spolupodílet nejen komerční vzdělávací instituce, ale v neposlední řadě také zástupci univerzit i zdravotnických zařízení.

Pokud jde o počátky klinické supervize v ošetřovatelství, existují dva hlavní pohledy. První vznikl v Americe na počátku 20. století ve spojení s psychoterapií a druhý pochází z Velké Británie devadesátých let 20. století s ne zcela zřetelným odkazem na práci teoreticky ošetřovatelství Hildegard Peplau z 50. let 20. století [60, 61, p. 120–123]. Chápe ošetřovatelství jako interpersonální proces, protože zahrnuje interakci mezi dvěma či více jedinci s určitým cílem. Sestra a klient jsou nedílnou součástí interpersonálního procesu.

Přehled charakteristických aspektů v evropské konceptualizaci klinické supervize shrnují Cutcliffe et al. [57, 48] v tabulce 1.

Tabulka 1 – Parametry evropských konceptualizací klinické supervize**Klinická supervize**

- je podpůrným a rozvojovým vztahem
- je vztahem zaměřeným na rozvoj nejlepších postupů – *best practice* – pro uživatele služeb
- je odvážná (protože supervizanti jsou povzbuzováni, aby hovořili o skutečnosti své praxe)
- je bezpečná (protože existují jasné, vyjednané, ve většině případů písemné dohody/kontrakty mezi všemi účastníky s ohledem na rozsah a limity důvěrnosti)
- je příležitostí pro ventilování emocí bez postihu
- nesmí být zaměňována anebo slučována s manažerskou supervizí
- je příležitostí zabývat se tématy a problémy, které v sobě supervizant nosí možná již mnoho let (příležitost mluvit o problémech, o nichž není snadné mluvit jinde a které ještě možná nebyly prozkoumány)
- nesmí být zaměňována nebo slučována s psychoterapií
- je příležitostí pro sdílení náročných témat z pracovního prostředí, kde se druhá osoba, tj. supervizor snaží porozumět
- je pravidelná
- probíhá ve vymezeném, pracovními povinnostmi nerušeném čase
- je nabízená shodně bez rozdílů všem supervizantům
- zahrnuje angažovaný a participativní vztah z obou stran
- je pozvánkou k sebereflexi
- je někdy náročná na zvládnutí a jindy příjemná
- zabývá se učením se, rozvíjí dovednost (sebe)reflexe a kompetenci stát se reflexivním praktikem
- je aktivitou, která je realizována průběžně, od období kvalifikační přípravy pokračuje po celou dobu trvání profesní kariéry sestry

Zdroj: Převzato z Cutcliffe et al. [57, p. 3–4, srov. 48, p. 479, 46, p. 210–211], volně upraveno autorkou článku M. Vaňkovou.

Tyto dva zcela zásadně odlišné způsoby v severoamerické a evropské konceptualizaci, tj. pojetí účelu klinické supervize, částečně přetrvávají v současném ošetrovatelství dle odborné zahraniční ošetrovateľské literatury dodnes [62]. V České republice je prostor pro konceptualizaci a legitimizaci supervize, včetně jejího legislativního ukotvení do oboru ošetrovatelství, stále ještě otevřený. Diskutabilně se uvádí, že prvním krokem k zavedení klinické supervize do praxe je vytvoření definice klinické supervize. Bartle [63, p. 31] jednoznačně uvádí, že „úspěšná implementace klinické supervize bude záviset na tom, nakolik supervidovaní pochopí, co klinická supervize vlastně je“. Dalším neméně důležitým faktorem pro implementaci supervize a definování jejích hranic a průsečíků s jinými obory a disciplínami je proces samotné legitimizace supervize a supervizora v ošetrovatelství a *kontextuální a smysluplné ukotvení konceptu supervize do oboru ošetrovatelství, ošetrovateľského – zdravotně sociálního kontextu samotnými sestrami, a nikoli představiteli jiných profesí.*

Závěr

V textu článku jsme představily přehled poznatků zahraničních autorů vztahující se ke konceptualizaci supervize a dva odlišné přístupy jejího rozvoje. Specifika praktické aplikace supervize v ošetrovatelství v jednotlivých národních státech a kontextově vázané procesy společenského formování, konceptualizace, legitimizace a profesionalizace supervize v ošetrovatelství přesahují v současnosti geografické hranice, což lze částečně do určité míry vysvětlit také vznikem Evropské unie a globalizací, přičemž však stále existují významné rozdíly mezi americkým a anglosaským, kontinentálním modelem konceptualizace supervize v ošetrovatelství. První model zdůrazňuje administrativní a manažerskou funkci supervize a supervizora v ošetrovatelství. Druhý model zdůrazňuje konceptualizaci supervize jako vzdělávacího a rozvojového konceptu, oba však mají víceméně podobný aspekt a to je realizace supervize převážně či výhradně (model konceptualizace v USA) supervizory z kontextu a oboru ošetrovatelství, kteří zastávají svá místa díky odborné reputaci a profesionalitě. Je však třeba poznamenat, že oba modely se ve své podstatě vážou k procesům profesního rozvoje sester a vždy zohledňují v konečném důsledku aspekt kvality péče poskytované pacientům. Odtud také do jisté míry plyne, že přesáhly hranice zvláštností národních států. Vliv národních vzdělávacích systémů oslabuje a začínají se etablovat nadnárodní – mezinárodní vzdělávací prostory, jejichž vzdělávací politika a inovační aspekty jsou interpretovány na pozadí globalizace a internacionalizačních tendencí v ošetrovatelství. Vědomy si reflektované mnohých sociokulturních limitů a specifík, přesto se domníváme, že mnohé poznatky o problematice využití konceptu supervize v ošetrovatelství, specifitěji pak v kontextu ošetrovateľského vzdělávání, mohou být pro téma a problematiku konceptualizace, legitimizace a profesionalizace supervize v České republice a pro české ošetrovatelství inspirativní.

Konflikt zájmů

Autorky prohlašují, že si nejsou vědomy žádného konfliktu zájmu týkajícího se uvedeného příspěvku.

L I T E R A T U R A

- [1] Vaňková M. Supervize v ošetrovatelství: multidimenzionální pojem. In: Pospíšilová A, Juřeníková P (ed.). CD Sborník k IV. Mezinárodní konferenci všeobecných sester a pracovníků vzdělávacích nelékařských zdravotnických povolání. 8. 2. 2011. Česká asociace sester, Pedagogická sekce a Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, katedra ošetrovatelství. LF MU Brno, Tribun EU; 2011, p. 275–83.
- [2] Palouš R. Filosofická reflexe několika pojmů školské pedagogiky. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Nakladatelství Karolinum; 2010, 92 p.

- [3] Blecha I. *Filosofie*. 3. opr. a rozš. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc; 1998. 239 p.
- [4] Koťa J. *Pedagogika a její vědní profil*. In: Vališová A, Kasíková H. *Pedagogika pro učitele*. Praha: Grada; 2010, p. 49–68.
- [5] Lynch L, Happell B, Sharrock J. Clinical Supervision: An Exploration of its Origins and Definitions'. *Int Psychiat Nurs Res* 2008;13(2):1–19.
- [6] Yegdich T. Clinical supervision and managerial supervision: some historical and conceptual considerations. *J Adv Nurs* 1999;30(5):1195–204.
- [7] Sloan G. Clinical supervision: Characteristics of a good supervisor. *Nurs Stand* 1996;(12)40:42–6.
- [8] O'Riordan B. Why nurses choose not to undertake CS: the findings from one ICU. *Nurs Crit Care* 2002;7(2):59–66.
- [9] Todd G, Freshwater D. Guided discovery and reflective practice: Models for clinical supervision. *B J Nurs* 1999;8:1383–90.
- [10] Fowler J. The organisation of clinical supervision within the professions: A review of the literature. *J Adv Nurs* 1996;23:471–8.
- [11] Knechtová Z, Vaňková M. Společně na cestě: vztah reflektivní praxe a klinické supervize v ošetrovatelství. *ACORát, Časopis pro teorii a praxi osobnostně sociálního rozvoje* 2014;3(1):78–81. [online] [cit. 2013-10-17]. Dostupné z: http://www.acor.cz/acor/media/content/Acorat/Acorat3/12_Knechtova_Vankova.pdf
- [12] Freshwater D. Clinical supervision and leadership. In: Basford L, Slevin O. *Theory and Practice of Nursing: An Integrated Approach to Caring Practice*. 2nd edition, Nelson Thornes, United Kingdom; 2003, pp. 112–9.
- [13] Hancox K, Lynch L. *Clinical Supervision for Health Care Professionals*. Course Guide. Carlton, Victoria: University of Melbourne and the Centre for Psychiatric Nursing Research and Practice; 2000.
- [14] Kupka M. Klinická smrt jakožto změněný stav vědomí. *E-psychologie* 2008;2(3):30–40. [online] [cit. 2013-10-17]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps1.pdf>
- [15] Milne D. An empirical definition of clinical supervision. *Br J Clin Psychol* 2007;46:437–47.
- [16] Lyth GM. Clinical supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2000;31(3):722–9. [online] [cit. 2013-10-17]. Dostupné z: [www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20A%20Concept%20Analysis%20\(Lyth%202000\).pdf](http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20A%20Concept%20Analysis%20(Lyth%202000).pdf)
- [17] Hacking I. Sociálna konštrukcia – Ale čoho? Čo je a čo nie je sociálnou konštrukciou. Bratislava: Kaligram; 2006, 356 p.
- [18] Vybíral Z. *Psychologie jinak. Současná kritická psychologie*. Praha: Academia; 2006, 230 p.
- [19] Launer J. Reflective practice and clinical supervision: making sense of supervision, mentoring and coaching. *Work Based Learn Prim Care* 2006;4:268–70.
- [20] Mullarkey K, Playle J. Multi professional clinical supervision: challenges for mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001;8:205–211. doi: 10.1046/j.1365-2850.2001.00376.x.
- [21] Cruz S, Carvalho L, Sousa P. Clinical Supervision in Nursing: the (un)Known Phenomenon. *Proc Soc Behav Sci* 2012; 69(24):864–73.
- [22] Venglářová M a kol. *Supervize v ošetrovateľskej praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s.; 2013, 99 p.
- [23] Burton WH. Supervision. *Am J Nurs* 1930;30(8):1045–52.
- [24] Yegdich T, Cushing A. An historical perspective on clinical supervision in nursing. *Aust New Zealand J Ment Health Nurs* 1998;7:3–24.
- [25] Travelbee J. *Intervention in Psychiatric Nursing: Process in the One-To One Relationship*. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1969, 280 p.
- [26] Vaňková M, Marková E. Social constructivism in nursing or lay and professional “insights” of health and illness. In: Nyklewicz W (ed.). *CD Recenzovaný sborník příspěvků k I. Mezinárodní konferenci „Pielęgniarswo ponad granicami; Ošetrovatelství bez hranic; Ošetrovatelstvo bez hranic” 13–14. 5. 2011. Wydanie I. Łódź: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Polsko: Regionální komora sester a porodních asistentek v Lodži; 2011, pp. 58–64.*
- [27] Watzlawick P, Bavelasová JB, Jackson DD. *Pragmatika lidské komunikace. Interakční vzorce, patologie a paradoxy*. 2. rev. vyd. Brno: Newton Books; 2011, 283 p.
- [28] Anderson H. *Konverzace, jazyk a jejich možnosti. Postmoderní přístup k terapii*. Brno: NC Publishing, a. s.; 2009, 205 p.
- [29] Jones A. Clinical supervision: What do we know and what do we need to know? A review and commentary. *J Nurs Manage* 2006;14:577–85.
- [30] Henshaw AM, Clarke D, Long AF. Midwives and supervisors of midwives' perceptions of the statutory supervision of midwifery within the United Kingdom: A systematic review. *Midwifery* 2013;29:75–85.
- [31] Paeglis C. Supervision counts (1): What staff say about supervisors of midwives. *Pract Midwife* 2009a;12(3): 22–4.
- [32] Paeglis C. Supervision counts (2): What staff say about supervisors of midwives. *Pract Midwife* 2009b;12(7):41–3.
- [33] Butterworth T, Faugier J, Burnard P (eds). *Clinical Supervision and Mentorship in Nursing*. Second edition. Cheltenham: Stanley Thornes (Publisher) LTP, (UK); 1998, 238 p.
- [34] Butterworth T. Preparing to take on Clinical supervision. *Nurs Stand* 1994;8:32–3.
- [35] Heparinový vrah Petr Zelenka. Praha: iDNES.cz, MAFRA, a. s. [online] [cit. 2013-10-17]. Dostupné z: <http://kultura.idnes.cz/heparinovy-vrah-zelenka-0w8-/filmvideo.aspx?klic=64019>
- [36] Čápková H. Rumburská sestra obviněná z vraždy patřila do systému. *Respekt* 2014. [online] [cit. 2014-30-9]. Dostupné z: <http://respekt.ihned.cz/c1-62718970-rumburska-sestra-obvinena-z-vrazdy-patrila-do-systemu>
- [37] Hawkins P, Shohet R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál; 2004, 202 p.
- [38] van Ooijen E. *Clinical supervision made easy*. London: Churchill Livingstone; 2003, 247 p.
- [39] White E, Butterworth T, Bishop V, Carson J, Jeacock J, Clements A. Clinical supervision: insider reports of a private world. *J Adv Nurs* 1998;28: 185–92.
- [40] Brunero S, Stein-Parbury J. The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Aust J Adv Nurs: A Quart Publ R Austr Nurs Fed* 2008;25(3):86–94.

- [41] Cutcliffe JR, Burns J. Personal, professional and practice development using clinical supervision: case vignettes from psychiatric nursing. *J Psychiat Ment Health Nurs* 1998;7(21):1318–22.
- [42] Webb B. Auditing a clinical supervision training programme. *Nurs Stand* 1997;11(34):34–9.
- [43] Butterworth T. Working in partnership: A collaborative approach to care. Report of the Mental Health nursing review team. The review of mental health nursing. *J Psychiat Ment Health Nurs* 1994;1(1):41–4.
- [44] Department of health. A first class service: Quality in the new NHS. London: HMSO; 1998, 86 p. [online] [cit. 2013-12-17]. Dostupné z: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902
- [45] Department of health. Clinical supervision in prison nursing: getting started; 2002. [online] [cit. 2013-10-17]. Dostupné z: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4067451.pdf
- [46] Bond M, Holland S. Skills of clinical Supervision for Nurses: a practical guide for supervisees, clinical supervisors, and management. 2nd ed. Buckingham – Philadelphia: Open University Press; 2001, 236 p.
- [47] Driscoll J. Practicing Clinical Supervision: a reflective approach. London: Balliere Tindall, Elsevier LTD; 2000, 243 p.
- [48] Cutcliffe JR, Lowe L. A comparison of North American and European conceptualizations of clinical supervision. *Issues Ment Health Nurs* 2005;26:475–88.
- [49] Rounds L. Clinical supervision: An American perspective. In: Cutcliffe J. R, Butterworth T, Proctor B (eds.). *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge; 2001, pp. 284–302.
- [50] Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. In *Věstník MZČR, Částka 2, ročník 2009*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, s. 15–40.
- [51] Stuart GW. Actualizing the psychiatric nursing role: Professional performance standards. In: Stuart GW, Laraia MT (eds.). *Principles and practices of psychiatric nursing*. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2001, pp. 199–213.
- [52] Varcarolis EM. Developing therapeutic relationships In Varcarolis EM (ed.). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2002, pp. 220–39.
- [53] Gilmore A. Clinical supervision in nursing an health visiting: A review of the UK literature. In Cutcliffe JR, Butterworth T, Proctor B (eds.). *Fundamentals themes in clinical supervision*. London: Routledge; 2005, pp. 125–40.
- [54] Clouder L, Sellars J. Reflective practice and clinical supervision: an interprofessional perspective. *J Adv Nurs* 2003;46(3):262–9.
- [55] Foucault M. *Dohlížet a trestat: kniha o zrodu vězení*. Praha: Dauphin; 2000, 427 p.
- [56] Mazurkiewicz G, Walczak B. *Evaluace jako diskurz. Komunikace a/versus kontrola v novém modelu školní inspekce v Polsku*. *Studia Pedagogica* 2011;16(2):109–29. [online] [cit. 2013-08-10]. Dostupné z: <http://www.phil.muni.cz/journals/index.php/studia-paedagogica/article/view/234>. doi: <http://dx.doi.org/10.5817/SP2011-2-6>.
- [57] Cutcliffe JR, Butterworth T, Proctor B. In: Cutcliffe JR, Butterworth T, Proctor B (eds.). *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge; 2001, pp. 1–5.
- [58] Bodley DE. Adapting supervision strategies to meet the challenges of future mental health nursing practice. *Nurs Educ Today* 1991;11(5):378–86.
- [59] Kelly B, Long A, McKenna H. A survey of community mental health nurses perceptions of clinical supervision in Northern Ireland. *J Psychiat Ment Health Nurs* 2001;8(1):33–44.
- [60] Peplau EH. *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Reprint. Originally Publisher: Houndmills, Basingstoke, Hampshire, Macmillan, 1988, USA. New York: Springer Publishing Company; 1991, 321 p.
- [61] Lynch L, Hancox K, Pappel B, Parker J. *Clinical Supervision for Nurses*. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell; 2008, 236 p.
- [62] Cutcliffe JR. From the guest editor-clinical supervision: a search for homogeneity or heterogeneity? *Issues Ment Health Nurs* 2005;26:471–3.
- [63] Bartle J. Clinical supervision. Its place within the quality agenda. *Nurs Manag (Harrow)* 2000;7(5):30–3.