



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**SUPERVIZIJA V TEORIJI IN PRAKSI V
ZDRAVSTVENI NEGI**

**SUPERVISION IN THEORY AND PRACTICE
IN NURSING**

Mentorica: Ana Ladi Škerbinek, pred.

Kandidatka: Tjaša Rozman

Somentorica: dr. Anja Simonič, viš. pred.

Jesenice, marec, 2014

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici Ani Ladi Škerbinek in somentorici dr. Anji Simonič za vso pomoč in podporo pri pisanju diplomskega dela ter za hitro odzivnost.

Prav tako se zahvaljujem recenzentoma mag. Branku Bregarju in dr. Simoni Hvalič Touzery ter lektorici Miji Jandrič.

Posebno zahvalo pa si zaslužijo moja družina in prijatelji za vso podporo in pomoč med študijem.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Supervizija kot proces specifičnega učenja, razvoja in metoda podpore strokovnjakom pomaga, da usvojijo nove profesionalne in osebne uvide kot lastno izkušnjo. S supervizijo se večja profesionalnost strokovnjaka, razvija se samostojno razmišljanje o delu, zaposleni učinkoviteje obvladujejo stres, oblikujejo poklicno identiteto in kakovostneje obravnavajo paciente.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti, kako medicinske sestre ocenjujejo stresne dejavnike, ki jih bremenijo pri opravljanju njihovega poklica, kolikšen delež raziskovanega vzorca medicinskih sester je vključen v supervizijo ter v kakšnih pogojih poteka supervizija.

Metoda: V teoretičnem delu je bila uporabljena deskriptivna metoda s pregledom literature, po predhodni pridobitvi soglasja Zdravstvenega doma Kranj, Zdravstvenega doma Jesenice in Zdravstvenega doma Škofja Loka pa smo v mesecu juliju in novembru izvedli raziskavo s kvantitativnim pristopom, ki je predstavljena v empiričnem delu. Uporabljena je bila metoda anketiranja z neslučajnostnim priložnostnim vzorčenjem. Sodelovalo je 79 medicinskih sester, različne starosti, spola, izobrazbe in z različno dolgo delovno dobo. Dobljene rezultate smo obdelali s pomočjo programa Microsoft Excel 2007 in statističnega programa SPSS, verzije 20.0.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da anketirane medicinske sestre v ZD Kranj, ZD Škofja Loka in ZD Jesenice ocenjujejo slabo plačo kot najpogostejši stresni dejavnik pri svojem delu (43 %). Čeprav je ta dejavnik izbran najpogosteje, ga ne moremo posplošiti na vse zaposlene v zdravstveni negi. Prisotnost anketiranih na superviziji ne vpliva na stresne dejavnike. Od tistih, ki so sodelovali v naši raziskavi, jih je bilo v supervizijo vključenih nekaj več kot polovica (57 %). Izobrazba anketiranih ne vpliva na prisotnost na superviziji, medtem ko starost vpliva (p -vrednost = 0,00). Prevladuje vključenost v skupinsko supervizijo (93,3 %), supervizijska srečanja pa so v veliki večini potekala vedno v istem prostoru (71,1 %), med delovnim časom (60,0 %), trajala so od 30 do 60 minut (53,3 %), udeleženci so se srečevali več kot enkrat na mesec (60,0 %), v skupini, ki jo je sestavljalo od šest do deset članov (66,7 %). Celoten supervizijski cikel je vseboval večinoma od pet do deset supervizijskih srečanj (82,2 %). Supervizor je bil na

supervizijskih srečanjih spoštljiv in sposoben poslušanja ter empatije (82,2 %). Večina (69 %) pa je mnenja, da se odnosi zaradi supervizije niso izboljšali ($p = 0,02$).

Razprava: V raziskavi je bilo ugotovljeno, da zaposleni v zdravstveni negi ocenjujejo, da so pri njihovem delu prisotni stresni dejavniki, v supervizijo pa je bilo že vključenih nekaj več kot polovica raziskovanega vzorca. Pogoji, v katerih poteka supervizija, se v nekaterih elementih razlikujejo od opisanih v teoriji. Anketiranci, vključeni v supervizijo, so v veliki večini mnenja, da supervizija ni izboljšala odnosov med zaposlenimi. Ugotovili smo, da supervizija, kljub izkušnji s supervizijo v ZD Kranj, ZD Škofja Loka in ZD Jesenice, še ni dovolj vpeljana kot redna, kontinuirana oblika dela, zato bi bilo treba na to temo izvesti nadaljnje raziskave, s katerimi bi dobili konkretnije razloge za njihove poglede na supervizijo in izkušnje ter pridobili več podrobnejših informacij o superviziji in o prisotnosti stresa na delovnem mestu.

Ključne besede: supervizijski cikel, supervizijski proces, supervizor, supervizijsko srečanje, medicinske sestre.

ABSTRACT

Background: Supervision as a process of specific learning, development and method of support helps experts acquire new professional and personal insights as their own personal experience. It contributes towards greater professional competences of experts and fosters independent thinking of work tasks. Moreover, it helps employees handle stress more effectively, develop their professional identity and provide better care for patients.

Aims: The aim of the thesis was to establish how nurses assess stress factors with a negative influence on their work, what percentage of nurses from the research sample is included in supervision, and what are the conditions under which supervision is performed. We were also interested in nurses' opinion on the influence of supervision upon interpersonal relationships at work.

Methods: The theoretical part of the thesis employs a descriptive method with a literature overview. After obtaining prior approval from Health Center Kranj, Health Center Jesenice and Health Center Škofja Loka, a survey based on quantitative research approach was performed in July and November and its results are presented in the empirical part. Non-random, convenience sampling was employed in the questionnaire. In total, 79 nurses of different age, gender, level of education and period of employment participated in the study. Obtained results were analyzed using Microsoft Excel 2007 and statistical software SPSS, v. 20.0.

Results: Obtained results revealed that most of the nurses employed at Health Center Kranj, Health Center Jesenice and Health Center Škofja Loka assess low wage as the most frequent stress factor in their work (43%). Although this factor was selected most often, it cannot be generalized for all nursing professionals. More than half of survey participants were included in supervision (57%). The level of education in nursing professionals did not effect their inclusion in supervision, contrary to their age ($p=0.00$). Supervision meetings were typically conducted in the same room (71.1%), during work time (60%), lasted 30-60 minutes (53.3%), were held more than once a month (60.0%) and in a group consisting of 6-10 members (66.7%). One supervision cycle normally consisted of 5-10 supervision meetings (82.2%). At the supervision meetings,

supervisors were characterized as respectful, and having the ability to listen and empathy (82.2%). However, the majority of respondents (69%) feel that supervision did not help improve their relations or they did not have an opinion on this. With a p-value of 0.02, this can be generalized to apply to all employees.

Discussion: Survey results revealed that nursing professionals reported the presence of stress factors in their work. Further, over half of the research sample was included in supervision. The conditions for performing supervision differ from theory in some elements. Respondents included in supervision mostly agree that supervision did not improve relationships between co-workers. It was revealed that despite its existence in Health Centers Kranj, Škofja Loka and Jesenice, supervision is not yet developed enough as a regular, continuous form of work. The topic would have to be researched further to obtain concrete reasons behind nursing professionals' opinions on supervision and their experience, as well as more detailed information about supervision and the presence of workplace stress.

Key words: supervision cycle, supervision process, supervisor, supervision meeting, nurses.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
	2.1 DEFINICIJE SUPERVIZIJE	3
	2.1.1 Zgodovina supervizije.....	5
	2.1.2 Vrste supervizije.....	9
	2.1.3 Pogoji za supervizijo.....	10
	2.1.4 Lastnosti supervizorja.....	12
	2.1.5 Proces supervizije po fazah.....	14
	2.1.6 Cilji, ki jih dosežemo s supervizijo.....	16
	2.2 ZNAČILNOSTI POKLICA V ZDRAVSTVENI NEGI	17
	2.2.1 Vpliv supervizije na poklicno delo medicinske sestre.....	18
	2.2.2 Vpliv supervizije na osebno rast.....	19
	EMPIRIČNI DEL	20
	3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	20
	3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	20
	3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	21
	3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	21
	3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	21
	3.3.3 Opis vzorca.....	22
	3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	23
	3.4 REZULTATI	24
	3.5 RAZPRAVA	31
4	ZAKLJUČEK	36
5	LITERATURA	38
6	PRILOGE	42
	6.1 INSTRUMENT	42

KAZALO TABEL

Tabela 1: Razlika med učinkovitim in neučinkovitim supervizorjem.....	14
Tabela 2: Opis vzorca.....	23
Tabela 3: Rezultati binomskega neparametričnega testa za stresne dejavnike, ki bremenijo zaposlene pri opravljanju poklica.....	24
Tabela 4: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in slabi medsebojni odnosi.....	25
Tabela 5: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in delovni čas.....	26
Tabela 6: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in plača.....	26
Tabela 7: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in slabe možnosti napredovanja in izobraževanja.....	26
Tabela 8: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in delovne razmere.....	27
Tabela 9: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in izobrazba.....	27
Tabela 10: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in starost.....	28
Tabela 11: Rezultati vprašanj o značilnosti supervizije.....	28
Tabela 12: Zadovoljstvo s supervizorjem.....	29
Tabela 13: Prostor, kjer je potekalo supervizijsko srečanje.....	30
Tabela 14: Rezultati binomskega neparametričnega testa.....	30

1 UVOD

Sodobno življenje je vse bolj prežeto s tehnologijo in z oženjem osebnih odnosov. Vdor tehnologije, birokracije, beleženja in poročanja se pojavlja tudi na poklicnih področjih, kjer je delo z ljudmi osnovna prвина. Za osebne stike, medsebojno komunikacijo in vzpostavljanje odnosov tako zmanjkuje časa in prostora. Ni naključje, da je supervizija postala popularna prav v zadnjih desetletjih (Kobolt, 2010).

Najprej se je supervizija razvila na področju socialnega dela, kasneje so jo prevzemale še druge profesije, tiste, ki pomagajo ljudem v stiski. Postopoma se je prenesla tudi na področje zdravstvene nege (Milošević, 1999).

Narava dela in delovne razmere se danes spreminjajo hitreje kot v preteklosti, zato je pojavnost stresnih dejavnikov med zaposlenimi v zdravstveni negi vse večja. Zdravstvene institucije bi morale oblikovati take delovne razmere, da bi se zmanjšala pojavnost stresa med zaposlenimi in bi jim bilo zagotovljeno kakovostnejše delovno življenje. V zdravstvu se tako počasi uveljavlja klinična supervizija, ki pomaga zaposlenim obogatiti kakovost strokovne dejavnosti v smislu komunikacije, medsebojnih odnosov, manjše odsotnosti z dela ter boljše organizacijske strukture (Sotirov, Železnik, 2011).

Severinsson in Kamaker (1999, povz. po Sotirov, Železnik, 2011) sta objavila raziskavo, ki sta jo izvedla v eni od državnih bolnišnic na Švedskem. V anketni vzorec sta vključila vse medicinske sestre, ki so strokovno delo v ustanovi izvajale najmanj tri mesece. Zanimalo ju je, kako vpliva stres na zaposlene in kakšna je vloga supervizije pri obravnavi problema. Prišla sta do spoznanja, da so zaposleni, ki so bili vključeni v supervizijski proces, manj podvrženi stresu na delovnem mestu.

Da bi supervizija optimalno pomagala strokovnjakom ohranjati in razvijati profesionalne in osebne potenciale, je treba zagotoviti določene pogoje. Trajati mora določeno obdobje, pod vodstvom ustrezno usposobljenega supervizorja in po

vnaprej jasno določenem načrtu. Za supervizijo moramo imeti na razpolago dovolj časa, primeren prostor, motivirane supervizante in podobno (Sotirov, Železnik, 2011).

Zdravstvena nega se iz dneva v dan razvija v enovito znanost. Razvija se na znanstvenoraziskovalnem področju in na področju osebne rasti delavcev. Medicinskim sestram bodo nova znanja in spoznanja pomagala, da se bodo lažje in učinkovito prilagajale različnim potrebam zdravstvene nege (ibid.).

V teoretičnem delu diplomskega dela bomo podrobneje predstavili supervizijo in kako ta vpliva na zaposlene v zdravstveni negi. V empiričnem delu pa bomo raziskali prisotnost stresnih dejavnikov pri zaposlenih v zdravstveni negi, kolikšen delež raziskovanega vzorca medicinskih sester je vključen v supervizijo in izpostavili morebitne razlike v starosti in izobrazbi medicinskih sester, ki so oziroma niso vključene v supervizijo, ter mnenje medicinskih sester o vplivu supervizije na medsebojne odnose med zaposlenimi v zdravstveni negi.

2 TEORETIČNI DEL

Supervizija še ni tako poznana in razširjena metoda pri nas, še posebej ne na področju zdravstvene nege, zato bomo najprej predstavili pojem supervizija, njeno zgodovino in opisali, kakšne vrste supervizije poznamo. Razložili bomo, kako poteka supervizija in kakšne morajo biti razmere, v katerih poteka, da je ta lahko čim bolj učinkovita. Kakovost supervizije je odvisna tudi od usposobljenosti supervizorja, saj z dobrimi lastnostmi supervizorja lahko pridemo do ciljev, ki smo si jih zastavili pred začetkom supervizijskega srečanja. Opisali bomo tudi, kako supervizija vpliva na poklicno delo in osebno rast zaposlenih v zdravstveni negi.

2.1 DEFINICIJE SUPERVIZIJE

Avtorji različno opredeljujejo pojem supervizija, prav tako ima beseda supervizija več pomenov. Izvorno supervizija pomeni nadziranje (super = nad; videre = zreti), v smislu kontrole, ki jo odgovorna oseba izvaja nad delom osebe, ki ima nižjo odgovornost in tudi manjšo strokovno zmožnost (Kobolt, Žorga, 2006).

Praper (1999 povz. po Kobolt, Žorga, 2006) sam izraz supervizija označuje kot »dokaj neposrečen«, saj vzbuja »predstavo nadzorovanja in kontrole, ne pa ozaveščanja in samoizkustva«. Če pa pogledamo na supervizijo z razdalje, nam ta omogoča drugačno, novo zaznavanje in razumevanje dogodkov. Prav to je ključen namen supervizije v poklicih pomoči, kjer se je izraz supervizija uveljavil za proces, v katerem si pridobiva strokovni delavec boljši vpogled v svoje poklicno delo, podporo pri njem in s tem večjo poklicno zmožnost.

Supervizija je proces specifičnega učenja, razvoja in tudi metoda podpore, ki strokovnjaku pomaga usvojiti nove profesionalne in osebne uvide kot lastno izkušnjo. Strokovnjakom pomaga, da praktične izkušnje integrirajo s svojimi teoretičnimi znanji in da pridejo do lastnih rešitev problemov, s katerimi se srečujejo pri delu, in tako uspešneje obvladujejo stres ter gradijo svojo profesionalno identiteto (Kobolt, Žorga, 1999 povz. po Sotirov, Železnik, 2011). Frimpong in sodelavci (2011) definirajo

supervizijo v zdravstveni negi kot metodo, ki pomaga zaposlenim v zdravstveni negi k doseganju ciljev, izpopolnjevanju strokovnega znanja ter zmožnosti in k učinkovitejšemu izvajanju storitev, vključno z varnostjo bolnikov, zdravljenjem in promocijo zdravja. Koivu in sodelavci (2011) pa pravijo, da supervizija zdravstvenim delavcem omogoča nadzor nad svojo lastno prakso in kakovostjo oskrbe, tako pa se izognejo stresu in dosežejo zadovoljstvo pri opravljanju poklica.

Mead (1990 povz. po Milošević, 1999) omenja številne avtorje, ki pravijo, da je namen supervizije skrb za to, da strokovno delo ne bi škodilo uporabnikom. Supervizija tudi spreminja začetnike v strokovnjake in kasneje strokovnjake v eksperte.

Munson (1995 povz. po Milošević, 1999) navaja, da mora biti supervizija medsebojna izmenjava pogledov, vprašanj, opazovanj, predvidevanj in izbira alternativnih tehnik za uporabo v praksi.

Kobolt (1995, povz. po Kobolt, Žorga, 2006) pravi, da je supervizija posameznikova refleksija o tem, kar poklicno vidi, misli, čuti in dela z namenom, da se zave lastnih miselnih in vedenjskih strategij, pridobi nove vidike, da vidi svoj delovni prostor obogaten z drugačnimi alternativami in da se zmore zavestno odločati za spremembe pri svojem delu.

Kobolt in Žorga (2006) supervizijo opredeljujeta kot »pogled od zunaj«, »poklicna refleksija« ali »proces razmišljanja o tem, kako opravljamo poklic, ki je vezan na delo z ljudmi«.

Mnogi avtorji o superviziji govorijo kot o posebni didaktični metodi, ki je usmerjena na integracijo profesionalnega znanja in spretnosti, profesionalni in osebni razvoj strokovnega delavca, ki dela na takšnem področju, kjer so odnosi med zaposlenimi pomembna delovna prvina. Supervizorja opisujejo kot »učitelja«, ki študentu, praktikantu ali strokovnemu delavcu z večletno prakso in vnaprej dogovorjenimi supervizijskimi srečanji pomaga, da izpopolnjuje strokovno znanje in zmožnosti (Kobolt, Žorga, 2006).

Tudi Železnik (2003) poudarja, da je supervizija spodbuda k razvoju in osebnosti ter poklicni rasti in da vsakemu posamezniku daje možnost, da na sebi lasten način odkriva svoje vzorce delovanja, mišljenja in čustvovanja ter s tem svojo edinstvenost in vloge v okolici. Pravi, da gre za logičen in razumski pristop in za iskanje celostne podobe, ki vključuje tudi osebno zaznavanje in doživljanje.

Če povzamemo, so različnim opredelitvam in modelom supervizije običajno skupni naslednji elementi:

1. supervizija je proces učenja;
2. je analiza poklicnega polja;
3. je evalvacija lastne udeležbe v tem polju;
4. usmerjena je na odnose s klienti, procese v teh odnosih;
5. in na analizo dinamike in odnosov med člani profesionalnega tima (Kobolt, Žorga, 2006).

Poleg tega, da obstajajo različne definicije supervizije, obstajajo tudi razlike med željami in predstavami supervizantov glede njene uporabnosti in pomoči. Študent zdravstvene nege ima brez dvoma drugačne potrebe kot medicinska sestra z dolgoletno prakso (Skoberne, 2001).

2.1.1 Zgodovina supervizije

Supervizija v ZDA in Angliji

Začetki supervizije sodijo na področje socialnega dela v ZDA in v Anglijo ob prelomu 19. stoletja, kjer se je supervizija kot metoda uvedla v poklic z mentorskimi, edukativnimi in podpornimi elementi (Kobolt, Žorga, 2006).

Ameriška družba je bila po državljanski vojni (1861–1865) spremenjena in socialni problemi so zahtevali nove oblike socialnega dela. Mary Richmond je leta 1889 delala v okviru Charity Organisation Society v Baltimoru, v organizaciji, ki je delovala kot socialno zaščitna ustanova na krajevni ravni. V tistem času še ni bilo veliko šol, v

katerih bi se ljudje lahko izobraževali za socialno delo, zato je v podobnih organizacijah delalo veliko prostovoljnih delavcev, predvsem žensk. Mary Richmond je želela učinkoviteje organizirati delo prostovoljcev, zato je s sodelavci uvedla supervizorsko izobraževalno in nadzorno obliko dela prostovoljcev. Prva je uporabila besedo supervizija. Delavci, ki so bili šolani in preizkušeni v praksi, so postali odgovorni za delo prostovoljcev v svojem okrožju. Prostovoljcem niso pomagali le pri prvih korakih (mentorstvo in učenje), temveč so spremljali tudi njihovo delo, jim svetovali, pomagali pri bolj zapletenih primerih in pri razreševanju osebnih stisk, dilem in frustracij (Kobolt, Žorga, 2006).

Kadushin (1990 povz. po Kobolt, Žorga, 2006) meni, da je v ZDA supervizija še danes usmerjena na izobraževalne in administrativne aspekte in tako supervizijo razčleni na tri vrste:

1. administrativna supervizija, ki se usmerja predvsem na naloge ustanove kot formalne organizacije, katere prevladujoče prvine so: vodenje, organizacija in usmerjanje;
2. izobraževalna supervizija, ki jo lahko imenujemo tudi klinična supervizija, je usmerjena na pomoč in spremljanje opravljanja poklicnega dela z ljudmi; tovrstna supervizija je največkrat namenjena prehodu od teoretičnega k praktičnemu izobraževanju;
3. suportivna supervizija pa poudarja predvsem podporno vlogo in pomoč strokovnemu delavcu s soočenjem stresnih dejavnikov pri njegovem delu.

Prvo strokovno gradivo s področja socialnega dela, v katerem se pojavlja pojem supervizija v njenem današnjem pomenu, je »Supervizija in izobraževanje v dobrodelnosti«, ki ga je leta 1904 objavil J. R. Bracket (Barrera, 1992 povz. po Milošević, 1999).

Supervizija v nemško govorečih državah

Weigand (1989, 1990 povz. po Milošević, 1999) piše, da se je supervizija v Nemčiji začela razvijati šele po letu 1949. Takoj po drugi svetovni vojni je bila Nemčija pod močnim vplivom ZDA, tako gospodarsko kot ideološko, od koder so tudi prihajale ideje za prestrukturiranje in teoretsko drugače zasnovano pedagogiko in socialno delo. Metode socialnega dela, ki so bile v ZDA že običajna praksa, so prišle v Evropo razmeroma pozno. Z novimi modeli pa je v Evropo pozno prišla tudi supervizija.

Mnogo evropskih socialnih delavcev se je po vojni izobraževalo v ZDA, od koder so na evropska tla prinesli nove ideje. Med njimi je bil tudi teoretik in praktik supervizije Alfred Kadushin, nemški Žid, ki se je po vojni vračal v domovino in v njej organiziral različne oblike izobraževanja. Prvi pisni prispevek o superviziji v Nemčiji najdemo v knjigi Herte Kraus iz leta 1950 »Študija primera v ZDA – Teorija in praksa individualnega socialnega dela«. Supervizija je v tej knjigi definirana kot pomoč pri uvajanju v profesionalno delo, kar je v Nemčiji dobilo ime »Praxis Beratung«, kar pomeni »svetovanje za prakso« (Milošević, 1999).

Supervizija na Nizozemskem

Supervizija se je na Nizozemskem pojavila v zgodnjih petdesetih letih na področju pedagogike, prišla pa je iz ZDA. Sprva se je pojavljala v šolah za socialno delo in socialno pedagogiko, kasneje pa se je s tega področja razširila na področja psihoterapije, zdravstvene nege, poučevanja in menedžerstva. Izobraževanje supervizorjev so Nizozemci začeli izvajati zgodaj in so ga poimenovali »nizozemski supervizijski izobraževalni model«. Nizozemski supervizijski model je usmerjen na proces učenja in skuša superviziranemu omogočiti poklicno rast in pridobivati strokovne zmožnosti. Model je uporaben v večini poklicev, ki se opravljajo v tesnem stiku z ljudmi, saj je specifično usmerjen na učenje in integracijo profesionalnih, osebnostnih in metodičnih znanj (Kessel, 1997).

Supervizija na slovenskem območju

Pri nas naj bi se o superviziji pisalo že v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, in sicer na področju kliničnopsihološkega in psihoterapevtskega dela. Supervizijo je v slovensko klinično in terapevtsko prakso umeščal prof. Leopold Bregant. O pomembnosti vloge supervizije v razvojno-analitični psihoterapiji piše tudi Peter Praper, ki konkretno spregovori o pasteh terapevtskega dela in nujnosti supervizije pri terapevtih, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti s težko patologijo. Iz kliničnopsihološkega in psihoterapevtskega dela se je supervizija širila na področje socialnega dela ter socialne pedagogike. V zadnjih letih, po zaključenem šolanju različnih poklicev na Nizozemskem, pa se je pri nas supervizija razširila tudi na področje socialnega dela, zdravstvene nege in pedagogike (Milošević, 1999).

Na Pedagoški fakulteti v Ljubljani je najprej potekal specialistični študij supervizije, v šolskem letu 2009/2010 pa se je začel izvajati po bolonjski shemi preoblikovan magistrski študijski program z naslovom »Supervizija, osebno in organizacijsko svetovanje«. Program je namenjen strokovnjakom z različnih področij, z namenom dopolniti svoje znanje svetovanja in koučinga, na področjih: socialno-pedagoško delo, zdravstvena nega, socialno delo, psihološko delo in na podobnih področjih (Kobolt, 2010).

Omeniti moramo tudi Balintove skupine, katerih ustanovitelj in idejni pobudnik je Michael Balint. Balint se je leta 1950 začel tedensko srečevati z zdravniki splošne medicine na kliniki Tavistock v Londonu. Skupaj so odkrivali čustvene in druge psihosocialne težave, povezane z odnosi med zdravniki in pacienti. V Sloveniji je prva Balintova skupina pričela z delovanjem leta 1982 (Škodlar, 2012). Avtorji različno opredeljujejo Balintove skupine, ne morejo se opredeliti, ali so to samo supervizijske skupine ali pa ob superviziji v njej potekajo tudi drugi procesi. Dickhaut, Luban in Plozza (1990 povz. po Kobolt, Žorga, 2006) navajajo: »V Balintovih skupinah sicer res poteka in se dogaja tudi supervizija, vendar teh skupin ne moremo šteti za zgolj supervizijske skupine. Delo v Balintovih skupinah je mnogo bližje izkustveni skupini, saj je njihov osrednji namen vzpodbujati in prenašati poklicna izkustva.«

Balint je svoje skupine imenoval »trening skozi raziskovanje«, kar pomeni, da je glavni namen teh skupin učenje, prepoznavanje in razumevanje različnih situacij v poklicu ter prepoznavanje in razumevanje odnosov na poklicnem polju (Kobolt, Žorga, 2006).

2.1.2 Vrste supervizije

Poznamo različne vrste supervizije, in sicer: individualno, skupinsko, timsko, diadno supervizijo in intervizijo.

Individualna supervizija poteka med supervizorjem in enim samim strokovnjakom – supervizantom. Gre za poglobljeno obravnavo strokovnjaka, njegovih vprašanj in jo priporočajo pri obravnavi študentov na praksi, pripravnikov ali pa pri strokovnjakih, ki se uvajajo v delo na novem strokovnem področju. Individualno supervizijo uporabljajo predvsem v tujini (v Nemčiji, na Nizozemskem, v Španiji), pri uvajanju začetnikov v prakso ali pri strokovnih delavcih, ki si to želijo. Srečanja potekajo redno vsaka dva tedna (Milošević, 1999). Osnovni namen individualne supervizije je, da se supervizant uči, išče nove poti in ugotovi, kakšna je njegova osebna vloga in soudeležnost v poklicnem kontekstu (Kobolt, Žorga, 2006).

V skupinski superviziji sodeluje več strokovnjakov, med njimi poteka močna skupinska dinamika. Učijo se drug od drugega, pomembna je kakovostna komunikacija in različni pogledi na isti problem, kar prispeva k temu, da se ustvari mreža medsebojne podpore in učenja med člani skupine. Skupinska supervizija je v praksi najbolj pogosta (Rupar, 2003).

Timska supervizija se od skupinske razlikuje po tem, da v njej sodeluje skupina ljudi, ki je tesno povezana pri svojem delu in imajo medsebojne osebne odnose že vzpostavljene (Milošević, 1999). Ta oblika supervizije poteka znotraj ustanove oziroma institucije (centra za socialno delo, klinične ustanove, šole, vzgojnega zavoda) (Kobolt, 2002). Supervizor se mora osredotočiti na to, da supervizijo potrebuje vsak posamezen član v timu, pa tudi strokovna skupina kot celota, upoštevati pa mora tudi specifičnost timskega dela in delitev vlog v timu. Na supervizijskem srečanju skušajo člani tima

razrešiti vprašanja, ki so povezana z njihovim delovanjem pri delu in probleme, ki jih ovirajo pri delu (Miloševič, 1999).

Intervizija je metoda, ki pomaga posamezniku, da je vključen v kontinuiran učni proces skozi vso poklicno dobo in ne le v obdobju, ko se strokovno usposablja (Miloševič, 1999). V interviziji strokovnjaki s podobno stopnjo poklicne usposobljenosti med seboj proučujejo in reflektirajo poklicne izkušnje, drug drugemu svetujejo ter analizirajo in načrtujejo spremembe lastnega osebnega in poklicnega vedenja (Kobolt, Žorga, 2006). Hank Hanekamp (1994 povz. po Žorga, 2002), nizozemski supervizor, je mnenja, da je intervizija najučinkovitejša oblika supervizije, kjer se lahko naučimo nekaj o profesionalnem odnosu, delovnih izkušnjah in o tem, kako opravljamo svoje delo.

Razvila se je na Nizozemskem, kjer za to vrsto supervizije uporabljajo izraz »peer supervision«, kar pomeni supervizija med vrstniki (Miloševič, 1999).

Diadna supervizija je vrsta supervizije, ki poteka med dvema strokovnjakoma, ki opravljata podobno delo. Redno se srečujeta na sestankih in menjavata vlogi supervizorja in supervizanta. Ni nujno, da imata enako znanje in izkušnje (ibid).

2.1.3 Pogoji za supervizijo

Vsi strokovni delavci bi morali imeti enake pogoje, možnosti in priložnosti za vključevanje v supervizijo, vsi strokovni delavci bi morali biti vključeni v supervizijo in bi morala biti obvezna za vse strokovnjake. Douganova dodaja, da bi morala dobre pogoje za supervizijo zagotoviti država. Dejavniki, ki vplivajo na potek supervizije, so lahko ovire ali spodbujevalci, npr. prostor, čas izvajanja supervizije, velikost skupine in sestava, prostovoljnost sodelovanja, izbira supervizorja/-ke, zagotavljanje varnosti in zaupnosti znotraj supervizijske skupine (Jackson, 1980; Keaveny, 1980; Douganova, 1998 povz. po Švagan, 2010).

Zaprto oz. odprto skupine

Žorga (1997, 2000 povz. po Švagan, 2010) predlaga, naj bi se člani skupine srečali vsaj desetkrat v enaki sestavi, saj se bo tako med njimi vzpostavilo zaupanje in bo vladalo varno vzdušje, ki je potrebno za učinkovito učenje.

Kraj in prostor srečevanja

Če se želimo izogniti nepotrebnim motnjam, mora supervizija potekati izven ustanove, v kateri so supervizanti zaposleni. Če srečanje poteka v instituciji, kjer je supervizant zaposlen, se ta lahko nehote znajde v vlogi »domačina«, kar je lahko zanj precej obremenjujoče. Bolje je, če supervizanti odhajajo k supervizorjem, saj se na poti do njega koncentracija usmeri v supervizijo, od njega pa se supervizijski proces lažje posede (Cajvert, 2004 povz. po Švagan, 2010). Pomembno je, da v supervizijski skupini ne sodelujejo sodelavci iz iste ustanove, razen ko gre za timsko supervizijo. Še bolj pomembno pa je, da niso v medsebojno odvisnem položaju, zato je najbolje, če v isti supervizijski skupini sodelujejo strokovnjaki iz različnih ustanov, s podobnih področij (Hank Hanekamp, 1994 povz. po Kobolt, Žorga, 2006).

Prostor, kjer poteka supervizijsko srečanje, naj bo stalen, brez telefonov in obiskovalcev (Milošević, 1999). Kadushin (1985 povz. po Švagan, 2010) opozarja, da prostor ne sme biti prevelik, saj se skupina lahko počuti izgubljeno, medtem pa lahko premajhen prostor daje občutek utesjenosti in neudobja in s tem sili supervizante v preveliko intimnost. K dobremu počutju pripomorejo tudi udobni stoli, ki naj bodo razporejeni v krogu, saj s tem omogočimo, da se lahko vsi supervizanti gledajo in pogovarjajo med seboj. Tako lahko zaznavajo tudi sporočila neverbalne komunikacije.

Čas, trajanje, pogostost supervizijskih srečanj

Čas supervizijskih srečanj je lahko določen v okviru delovnega časa ali zunaj njega. Čas sestajanja mora biti dobro izbran, saj se lahko zgodi, da bi po napornem delavnem dnevu supervizanti želeli čim prej domov, ne bi pa imeli želje po rasti in razmišljanju

(Dergačeva, 2003 povz. po Švagan, 2010). Trajanje supervizijskega srečanja je odvisno od velikosti skupine, in sicer je treba vnaprej načrtovati od ure in pol do dve uri časa za vsako supervizijsko srečanje. Supervizijski proces je učinkovit, če srečanja potekajo vsaka dva tedna in če delo poteka v manjših skupinah (do šest supervizantov). Ta praksa se najpogosteje uporablja in je tudi zelo ekonomična glede porabe denarja in časa. Če so skupine večje od šest supervizantov, jih običajno vodita dva supervizorja (Milošević, 1999). Kobolt in Žorga (2006) navajata, da je najbolj učinkovita supervizija, če so prisotni štirje člani, saj je tako v skupini dovolj komunikacije, ni pa premajhna, da bi se udeleženci lahko razdelili v podskupine.

Po standardih nekaterih zahodnoevropskih supervizijskih srečanj naj bi supervizijski proces vseboval najmanj od 15 do 20 srečanj, ki naj bi si sledila nekako od 2 do 3 tedne (Švagan, 2010).

Varna klima

V skupini se mora oblikovati varno ozračje, saj se tako supervizant počuti varno, supervizijska srečanja pa so tako lahko zanj razbremenilna (Derganc, 2003). Pomembno je, da se vzpostavi psihološka varnost in zaupanje med supervizorjem in skupino, pa tudi med supervizanti samimi. Če se zaupnost ne vzpostavi, ne moremo pričakovati odkrite in poglobljene razprave. Čim manjša je skupina, tem večja je zaupnost med udeleženci in tem bolj je zagotovljena varnost (Milošević, 1999).

Za učinkovito supervizijo je pomembno tudi, da je supervizor ustrezno usposobljen. Njegove lastnosti in naloge bomo opisali v naslednjem poglavju.

2.1.4 Lastnosti supervizorja

Kako bo potekala supervizija, je odvisno od vseh, ki so udeleženi v procesu supervizije, torej od supervizorja in supervizantov. Od supervizorja in njegovih značilnosti je odvisno, kakšna bo supervizija in kako bo potekala (Leskovec, 2011). Ko govorimo o lastnostih supervizorja, so to lahko osebne lastnosti ali tiste, ki so povezane s poklicem. Osebne lastnosti so po kakovosti zelo podobne lastnostim psihoterapevta,

le da jih drugače uporablja. Hawkins in Shohet (2006) menita, da so pomembne lastnosti, ki bi jih morali imeti dobri supervizorji, empatija, toplina, skrbnost, zavzetost, odprtost, radovednost in prilagajanje.

Supervizor se skozi proces supervizije pokaže v različnih vlogah (Žorga, 2010). Hawkins in Shohet (2006) sta na podlagi mnenj različnih avtorjev zapisala, da so najpomembnejše vloge supervizorja: vloga ocenjevalca, učitelja, svetovalca, strokovnjaka, kolega in šefa. Supervizor je dober, če lahko skozi proces prehaja iz ene vloge v drugo.

Supervizorjeva naloga skozi celoten proces supervizije je, da:

- pozorno in dejavno posluša supervizanta;
- spretno postavlja predvsem odprta vprašanja supervizantu in ugotovi, kakšen je njegov problem; vprašanja se morajo nanašati na njegove misli, občutke in njegovo neverbalno komunikacijo oziroma odziv na problem;
- poskuša z vprašanji usmerjati supervizanta k razmišljanju in iskanju lastne rešitve problema;
- nastopa iz pozicije neznanja in ni on tisti, ki vse ve in zna;
- supervizorju ne daje občutka krivde in ga ne postavlja v obrambni položaj (Ščavničar, 2003).

Caroll (1996 povz. po Žorga, 2010) je podal značilnosti, ki ločijo učinkovitega supervizorja od neučinkovitega.

Tabela 1: Razlika med učinkovitim in neučinkovitim supervizorjem

UČINKOVIT SUPERVIZOR	NEUČINKOVIT SUPERVIZOR
<ul style="list-style-type: none"> - ustrezno strukturira supervizijski proces - uporablja vlogo svetovalca - je dober učitelj - fleksibilno prehaja med različnimi vlogami - pomaga, da supervizanti najdejo svoj način dela - jasno odgovarja - pošteno ocenjuje in skladno z dogovorjenimi merili - prilagaja se individualnim razlikam supervizantov - se strokovno izobražuje - uporablja različne supervizijske intervencije - daje jasne povratne informacije, neposredne in konstruktivne 	<ul style="list-style-type: none"> - preveč ali premalo strukturira supervizijski proces - supervizijo nadomešča s svetovanjem - je slab učitelj - vztraja v posamezni vlogi - vztraja pri tem, da je njegov način dela edini pravi - je slab pogajalec - nima jasnih meril za ocenjevanje - do vseh supervizantov ima enak pristop - strokovno se ne izobražuje - uporablja omejen repertoar supervizijskih intervencij - ne daje jasnih povratnih informacij

Vir: Carrol (1996 povz. po Žorga, 2010, str. 28–29)

2.1.5 Proces supervizije po fazah

Supervizijski proces je sestavljen iz vnaprej opredeljenih štirih delovnih faz oziroma obdobj:

1. predhodna ali pripravljalna faza;
2. uvodna ali začetna faza;
3. srednja ali delovna faza;
4. zaključna faza z zaključno evalvacijo (Bogataj, 2004).

1. Predhodna ali pripravljalna faza

Prva faza se začne z vzpostavljanjem odnosa med supervizorjem in supervizanti. Supervizanti zbirajo informacije o superviziji in o supervizorju ter se dogovorijo za začetek srečanj. Supervizor se predstavi, supervizante seznanji z vsebino, s cilji, z oblikami ter metodami in s tehnikami, ki jih bodo uporabili za uresničitev ciljev. Ključno je tudi to, da se supervizor dogovori z naročnikom supervizije ter z njim razjasni finančne in druge nejasnosti (Bogataj, 2004). Po temeljitnem razmisleku se

supervizor odloči, ali je pripravljen na osnovi zbranih podatkov začeti supervizijo ter ali so strokovni delavci pripravljeni na začetek (Kobolt, Žorga, 2006).

2. Uvodna ali začetna faza

V tej fazi se vzpostavijo pravila za sodelovanje, naredi se načrt dela in sprejme se supervizijski dogovor, zato je ta faza izredno pomembna. Opredeliti je treba splošne cilje supervizijskega procesa in tudi konkretne cilje supervizantov. Pomembno je, da se supervizanti v tej fazi usklajujejo in ustrezno sporazumevajo in s tem ustvarijo klimo, v kateri je možno učenje. Da se lahko vzpostavi varno vzdušje, morajo v začetku uvodne faze supervizanti sprejeti določena pravila in dogovore: dogovor o molčečnosti, dogovor o kraju, času, trajanju in pogostosti srečanj in dogovor o obveznosti supervizorja in supervizantov. Bistvena naloga supervizorja v tej fazi je torej, da zagotovi ustrezne pogoje za učenje (varnost, odkritost in zaupanje). Uvodna oziroma začetna faza traja štiri ali pet srečanj (Bogataj, 2004).

3. Srednja ali delovna faza

Srednja faza je najdaljša v supervizijskem ciklusu in predstavlja bistvo supervizije. Je nadaljevanje uvodne faze. V njej se obravnavajo in rešujejo vprašanja supervizantov (Kobolt, Žorga, 2006). Sestavljajo jo štirje koraki. V prvem koraku supervizant navede konkretno izkušnjo in postavi supervizijsko vprašanje. Sledijo refleksija in analiza ter navedba dejavnikov, ki so vplivali na ravnanje supervizanta. V tretjem koraku išče povezavo med reflektirano izkušnjo in preteklimi izkušnjami ter dejavnike, ki ga vodijo k ravnanju, ter išče nova ravnanja, ki jih v četrtem koraku praktično preizkusi. V tej fazi supervizantje in supervizor izpopolnjujejo delovni načrt, saj so do sedaj spoznali nova področja in težave, ki jih bo treba obravnavati. Supervizanti in supervizor v tej fazi pripravijo poročilo, kar imenujemo vmesna evalvacija. Navedejo, kaj so se do sedaj naučili, ali so zadovoljni s potekom dela, z metodami in s tehnikami, in evidentirajo tisto, kar je še ostalo (Bogataj, 2004).

4. Zaključna faza z zaključno evalvacijo

V zaključni fazi ne odpiramo novih tem in problemov, ampak končujemo in zaokrožamo že obravnavane probleme. Najpomembnejši del zaključne faze je zaključna evalvacija (Kobolt, Žorga, 2006). To je obdobje zadnjih treh srečanj supervizijskega procesa. Supervizor poda oceno supervizijskega procesa, supervizantje pa izrazijo svoje mnenje, kaj mislijo in čutijo (Bogataj, 2004). Zadnji korak je slovo in je pomembno, kako ga izpeljemo. Slovo ni nenadno in brez zaključevanja. Vsi zaposleni izrazijo svoje mnenje o poteku supervizije, pomembno pa je, da ne pride do konfliktov in nezaključenih procesov (Kobolt, Žorga, 2006).

2.1.6 Cilji, ki jih dosežemo s supervizijo

Cilji supervizije so mnogostranski. Lahko jih opredelimo kot: širjenje in poglobljanje poklicne zmožnosti, refleksija opravljanja poklica in izboljševanje kakovosti poklicnega delovanja (ibid.).

Eden prvih in najpomembnejših ciljev supervizije je poklicno učenje. To pomeni, da se supervizant uči o poklicu in o tem, kakšne so njegove naloge na delovnem mestu. Ve, kje so meje njegovih profesionalnih zmožnosti, ovrednoti svoje vedenje in ravnanje ter razmišlja o spremembah v svojem delovanju (Rupnik Vec, 2005).

Drugi cilj supervizije je konstrukcija nove resničnosti. S tem ko supervizant opazuje in posluša ostale udeležence supervizijskega procesa, spoznava različne poglede na situacije. Primerja svoj lasten pogled in doživljanje situacije z drugimi (ibid.). Supervizant se tako sprašuje, ali to kar vidi on, ustreza tudi tistemu, kar vidijo drugi. Če se mnenja udeležencev ne ujemajo, sledi ponovno vprašanje (Kobolt, Žorga, 2006).

Tretji cilj supervizije lahko opredelimo kot »gledati na svet sistemsko«. Lewinova teorija polja pravi, »da sistem lahko razumemo le, ko ga poskušamo spremeniti«. Vsak strokovni delavec opravlja svojo nalogo znotraj ustanove (npr. bolnišnice), znotraj tega sistema pa še v podsistemu (npr. v timu). Tim sestavlja skupina ljudi istega ali različnih poklicev, ki hkrati ali zaporedno opravljajo sorodne ali enake naloge. Posameznik naj bi

v procesu supervizije prepoznal delovanje sistemov, svojo nalogo in naloge drugih ter možnost spreminjanja svojega dela in delovanja sistemov (ibid.).

Naslednji cilj supervizijskega procesa je učenje krožnega razumevanja. Supervizant se uči o razumevanju soodvisnosti medčloveških odnosov (Rupar, Rupnik Vec, 2010). Palazzolijeva (1987 povz. po Kobolt, Žorga, 2006) nas opozarja, da ni prav, če v komunikaciji vidimo vedenje enega partnerja kot posledico drugega, temveč kako oba vplivata drug na drugega. Za odnose med ljudmi velja večrazsežnostna, krožna soodvisnost.

Zadnji, peti cilj supervizijskega procesa je kreativno reševanje vprašanj. To pomeni, da se supervizant skozi supervizijski proces uči analizirati pretekla in sedanja poklicna ravnanja in hkrati išče »nove rešitve za stare probleme«. Zanima ga, kako v delo prinesiti novosti, kje lahko naleti na ovire, kaj bodo novosti pomenile za ustanovo in zanj (Kobolt, Žorga, 2006).

2.2 ZNAČILNOSTI POKLICA V ZDRAVSTVENI NEGI

»Temeljna naloga medicinske sestre je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja. Z zdravstveno nego so neločljivo povezane človekove pravice, posebej pravica do življenja in spoštovanja človekovega dostojanstva« (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005).

Delo medicinskih sester zelo vpliva na kakovost življenja in zdravje ljudi. S tem medicinska sestra prevzema veliko odgovornost, ki pa ni omejena samo z zakoni in predpisi, temveč k temu močno pripomore etična drža posameznika, ki izhaja iz njegovih moralnih vrednot. S pomočjo supervizije medicinske sestre lažje razumejo stresne in konfliktne situacije, kar se kaže v kakovostnejši obravnavi pacientov in v poklicni ter osebni rasti zaposlenih (ibid).

2.2.1 Vpliv supervizije na poklicno delo zaposlenih v zdravstveni negi

Zaposleni v zdravstveni negi opravljajo poklic, ki sodi med »poklice pomoči«. Strokovni delavci v poklicih pomoči so bolj izpostavljeni dejavnikom, ki ogrožajo psihofizično ravnovesje ali celo zdravje. S supervizijo si zdravstveni delavec pridobi boljši vpogled v svoje delo, podporo in strokovno vodenje (Klasinc, 2003 povz. po Bendelja, 2012). Ena temeljnih značilnosti poklica v zdravstveni negi je, da se zaposleni srečujejo z različno zapletenimi in ne vnaprej določenimi situacijami (Klemenčič Rozman, 2010). Kobolt in Žorga (2006) navajata, da so situacije, v katere so postavljeni zaposleni v poklicih pomoči, običajno zapletene in zahtevajo, da zaposleni delujejo na več ravneh hkrati. Severinsson in Sand (2010) pa pravita, da na odziv zaposlenih v takih situacijah vplivajo njihova stališča, temperament, vrednote in tudi razmerje oziroma odnos med strokovnim delavcem in pacientom.

Supervizija je z elementi poklicne refleksije in poklicnega usmerjanja pomemben dejavnik pri izgradnji poklicne in profesionalne identitete. Ko se vključimo v delo, je pomembna identifikacija s poklicem in tako se izoblikuje poklicna identiteta. Kasneje poklicna identiteta preraste v profesionalno (Poljak Lulek, 2003).

Na oblikovanje poklicne identitete vplivata strah in nezaupanje vase. Medicinske sestre morajo pri delu s pacienti razviti ustrezne spretnosti in reakcije. Večina medicinskih sester čuti, da so preobremenjene pri svojem delu, med najbolj stresnimi dejavniki pa so tiste težave, ki so povezane z bolniki in njihovimi svojci. Marsikdaj stres izhaja iz celotnega zdravstvenega tima. Medicinske sestre bi si morale pomagati, se pogovarjati in razvijati svojo občutljivost za bolnike in sodelavce ter se naučiti, da v primernem okolju na primeren način drug drugemu sproščeno izrazijo svoja čustva ob stresu. Delworrthova definicija klinične supervizije, ki je bila zapisana 1987. leta, pravi: »Namen supervizije je vzpodbuditi rast tistega, ki se uči, k bolj neodvisnemu delovanju, utemeljenem na pridobljenih spretnostih in vpogledu v samega sebe in klienta.« Poklicna identiteta je močno povezana s strahovi in negotovostjo, ki se pojavijo pri soočanju z nemočjo. To vpliva na čustveno varnost, supervizija pa pomaga supervizantom povečati to varnost in tako si strokovnjak oblikuje pozitivno identiteto ter okrepi občutek zmožnosti (Skoberne, 2001).

2.2.2 Vpliv supervizije na osebno rast

Supervizija usposablja medicinske sestre, da pridobivajo izkušnje, in jih spodbuja, da raziščejo tista področja in vsebine v njih samih, ki bi jih pri delu lahko zavirale. Supervizor pomaga medicinski sestri spoznati svoja lastna občutja in notranjost, da se s tem zave svojih lastnih moči in slabosti. Ko medicinska sestra odpravi pomanjkljivosti, razširi lastno razumevanje in je bolj učinkovita pri delu z bolniki. Lažje se vživi v pacienta in dobi širši pogled na njegove težave ter je učinkovitejša pri svojem delu (Skoberne, 2001).

Simons in Brooker (1986 povz. po Skoberne, 2001) pravita, da je cilj supervizije »olajšati medicinski sestri razvijanje različnih pogledov na njeno delo z bolnikom, vzpodbuditi večjo ozaveščenost in gradnjo na njenih lastnih močeh, terapevtskih spretnostih in spretnostih obvladovanja težavnih situacij«.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati, kako medicinske sestre v Zdravstvenem domu Kranj, Zdravstvenem domu Škofja Loka in Zdravstvenem domu Jesenice ocenjujejo prisotnost stresnih dejavnikov pri delu ter ali jim supervizija pomaga pri odpravljanju le-teh in pri izboljšanju odnosov na delovnem mestu. Pri pregledu strokovne literature smo spoznali, kako naj bi supervizija potekala v praksi in kateri so pomembni elementi, ki vplivajo na kakovost supervizije, zato nas zanima, ali se oziroma v čem se supervizija v praksi razlikuje od teorije.

Cilji raziskave:

- ugotoviti prisotnost stresnih dejavnikov, ki medicinske sestre bremenijo pri opravljanju njihovega poklica, ter izpostaviti morebitne razlike glede na to, ali imajo izkušnje s supervizijo;
- ugotoviti vključenost raziskovanega vzorca medicinskih sester v supervizijo in izpostaviti morebitne razlike v starosti in izobrazbi medicinskih sester, ki so oziroma niso vključene v supervizijo;
- ugotoviti mnenje medicinskih sester o vplivu supervizije na medsebojne odnose med zaposlenimi v zdravstveni negi.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

R 1: Kateri stresni dejavniki, po mnenju medicinskih sester, najbolj negativno vplivajo na opravljanje njihovega poklica?

R 2: Kako se izpostavljeni stresni dejavniki razlikujejo med medicinskimi sestrami, ki so že bile oziroma so vključene v supervizijo, in tistimi, ki še niso bile vključene v supervizijo?

R 3: Koliko anketirancev je že bilo prisotnih na superviziji oziroma so vključeni v njen proces?

R 4: Katere so morebitne razlike v starosti in izobrazbi medicinskih sester, ki so oziroma niso vključene v supervizijo?

R 5: Kakšnega mnenja so medicinske sestre z izkušnjo supervizije o izboljšanju medsebojnih odnosov med zaposlenimi?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Podatke smo zbirali s kvantitativno tehniko s pomočjo merskega instrumenta – vprašalnika.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo deskriptivno metodo, pregledali smo strokovno literaturo znanstvenih in strokovnih člankov s podatkovnih baz: CINAHL, PubMed, SpringerLink, Obzornik zdravstvene nege, Web Of Science ter COBISS.SI. Literaturo smo iskali tudi v knjižnici Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, v knjižnici Pedagoške fakultete v Ljubljani, v Mestni knjižnici Kranj ter Narodni in univerzitetni knjižnici. Pri obravnavani temi smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku: supervizija, supervizijski proces, supervizor, supervizant, stres na delovnem mestu, supervizija v zdravstveni negi, faze supervizije, razmere supervizije; in v angleškem jeziku: supervision in healthcare, supervisor, supervisee. Za zbiranje podatkov v empiričnem delu smo uporabili vprašalnik.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Vprašalnik smo pripravili na osnovi pregledane literature (Milošević, 1999; Matičetova, 2000; Kobolt, 2002; Kobolt, Žorga, 2006; Švagan, 2010) o superviziji, supervizijskem procesu ter o razmerah, ki morajo biti zagotovljene skozi celoten proces, da je supervizija učinkovita. Vprašalnik je vključeval 17 vprašanj, od tega 16 vprašanj zaprtega tipa, 1 vprašanje odprtega tipa.

Prvi del vprašalnika je vseboval vprašanja o socialno-demografskih podatkih. Zanimali so nas starost anketirancev, spol, stopnja izobrazbe in delovna doba. Drugi del vprašalnika je vseboval vprašanja o stresnih dejavnikih, ki bremenijo medicinske sestre pri opravljanju poklica, o njihovi morebitni vključenosti v supervizijski proces, o razmerah, v katerih je potekala oziroma še poteka supervizija ter o njenem vplivu na medsebojne odnose oziroma o njenih morebitnih drugih pozitivnih učinkih.

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v Zdravstvenem domu Kranj, Zdravstvenem domu Škofja Loka in Zdravstvenem domu Jesenice po predhodni pridobitvi soglasja zavodov za raziskovanje v okviru diplomskega dela. Uporabili smo neslučajnostni priložnostni vzorec. Med zaposlene v zdravstveni negi (zdravstveni tehnik/medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magister zdravstvene nege) smo razdelili 120 anketnih vprašalnikov. V ZD Kranj smo razdelili 60 vprašalnikov, 30 vprašalnikov v ZD Škofja Loka ter prav toliko v ZD Jesenice. Vrnjenih je bilo 79 vprašalnikov (66 % realizacija vzorca), enega pa smo izključili zaradi neveljavnih odgovorov.

Večji delež anketirancev je bil ženskega spola, in sicer 66 (83,5 %). Glede na starost smo anketirance razdelili v šest starostnih skupin. Večina anketiranih je bila starih 31–60 let (84,9 %). Glede na stopnjo izobrazbe je bilo največ anketiranih z visokošolsko/univerzitetno izobrazbo (diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki), in sicer 53,2 % (42); nekaj manj odstotkov (45,6 %) pa je bilo tistih, ki imajo srednjo poklicno izobrazbo (srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik), teh je bilo 36.

Največ anketiranih je zaposlenih 21–30 let, in sicer 29 (36,7 %); sledijo anketirani z delovno dobo 11–20 let ter tistih, ki imajo delovno dobo več kot 30 let, teh je v vsaki starostni skupini 19 (24,1 %) (rezultati so prikazani v Tabeli 2). Anketiranje je potekalo med 13. in 23. julijem 2013 v ZD Kranj, v ZD Škofja Loka in ZD Jesenice pa je anketiranje potekalo med 12. in 25. novembrom.

Tabela 2: Opis vzorca

Demografske spremenljivke		n = 79	%	MS vključene v supervizijo	%	MS, ki niso vključene v supervizijo	%
Spol	Ženski	66	83,5	36	80,0	30	88,2
	Moški	13	16,5	9	20,0	4	11,8
Starost	21–30 let	11	13,9	6	13,3	5	14,7
	31–40 let	21	26,6	8	17,8	13	38,2
	41–50 let	22	27,8	20	44,4	2	5,9
	51–60 let	24	30,4	11	24,4	13	38,2
	več kot 60 let	1	1,3	0	0	1	2,9
Izobrazba	srednja poklicna izobrazba	36	45,6	18	40,0	18	52,9
	visokošolska/univerzitetna izobrazba	42	53,2	27	60,0	15	44,1
	podiplomska izobrazba	1	1,3	0	0	1	2,9
Delovna doba	do 5 let	4	5,0	3	6,7	1	2,9
	6–10 let	8	10,1	4	8,9	4	11,8
	11–20 let	19	24,1	7	15,6	12	35,3
	21–30 let	29	36,7	24	53,3	5	14,7
	nad 30 let	19	24,1	7	15,6	12	35,3

Legenda: n = velikost vzorca, % = odstotni delež

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnik je bil namenjen zaposlenim v zdravstveni negi (zdravstveni tehnik/medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magister zdravstvene nege) v Zdravstvenem domu Kranj, Zdravstvenem domu Škofja Loka in Zdravstvenem domu Jesenice. Za raziskavo v ZD Kranj smo se odločili iz več razlogov: doslej v tej ustanovi še ni bilo izvedene nobene raziskave na temo supervizija in zaradi dobre odzivnosti medicinskih sester. Raziskavi v ZD Škofja Loka in ZD Jesenice smo izvedli kasneje, ker smo s tem povečali realizacijo vzorca, kar nam je omogočilo narediti primerjavo vzorca znotraj posameznih vprašanj.

Pred izvajanjem anketiranja smo pisno zaprosili za soglasje v ZD Kranj, ZD Škofja Loka in ZD Jesenice za raziskovanje v okviru diplomskega dela. Sodelovanje je bilo prostovoljno, zagotovljena je bila anonimnost pri izpolnitvi vprašalnika. Vprašalnike smo oštevilčili in podatke s pomočjo Excela 2007 vnesli v računalnik, nato pa vnesene podatke prenesli v statistični program SPSS 20.0, kjer smo podatke statistično analizirali. Analizo podatkov smo naredili glede na spol, starost, izobrazbo in delovno

dobo ter ali so bile medicinske sestre vključene v supervizijo ali ne. Vzorec smo predstavili na podlagi frekvenčne (n) in odstotne (%) porazdelitve za kategorične dejavnike, razlike smo obdelali s hi-kvadrat testom, uporabili pa smo tudi binomski neparametrični test. Vnos podatkov v Excelovo tabelo in obdelava podatkov v SPSS-u sta potekala med 23. 7. 2013 in 27. 7. 2013 ter 4. 12 in 15. 12. 2013.

3.4 REZULTATI

Na odgovor na raziskovalno vprašanje številka ena »Kateri stresni dejavniki, po mnenju medicinskih sester, najbolj negativno vplivajo na opravljanje njihovega poklica?« smo poskušali odgovoriti z binomskim neparametričnim testom.¹ Rezultati so prikazani v Tabeli 3.

Tabela 3: Rezultati binomskega neparametričnega testa za stresne dejavnike, ki bremenijo zaposlene pri opravljanju poklica

Kateri stresni dejavniki vas bremenijo pri opravljanju poklica?	Odgovor	n = 79	Dejanski delež (%)	Mejni delež	p-vrednost
Slabi medsebojni odnosi	ne	72	91	0,50	0,000
	da	7	9		
Delovni čas, izmensko delo	ne	70	89	0,50	0,000
	da	9	11		
Slaba plača	ne	45	57	0,50	0,26
	da	34	43		
Slabe možnosti napredovanja, izobraževanja	ne	52	66	0,50	0,01
	da	27	34		
Slabe delovne razmere	ne	62	78	0,50	0,000
	da	17	22		
Stresni dejavniki niso prisotni	ne	60	76	0,50	0,000
	da	19	24		

Legenda: n = velikost vzorca, p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Iz Tabele 3 je razvidno, da se je (glede na ostale stresne dejavnike) največ anketirancev, tj. 43 % (34), opredelilo, da jim stres predstavlja slaba plača. Ostalih možnih dejavnikov

¹ Za izvedbo binomskega neparametričnega testa smo izbrali mejno vrednost 0,5, kar pomeni, da če je večina (nad 50 %) izbrala neki stresni dejavnik, bomo zaključili, da tisti dejavnik zaposlenim predstavlja stres in jih bremeni pri opravljanju poklica. Kjer so p-vrednosti manjše od 0,05, pomeni, da je pri tistem dejavniku dejanski delež statistično značilno različen od mejnega deleža (0,5); kjer pa je p-vrednost večja ali enaka 0,05, pa dejanski delež ni statistično značilno različen od mejnega deleža.

stresa anketiranci po večini niso dojemali kot stresne. Vrednosti p so manjše od 0,05 pri naslednjih dejavnikih: slabi medsebojni odnosi, delovni čas, slabe možnosti napredovanja in izobraževanja, slabe delovne razmere in pri odgovoru, da stresni dejavniki niso prisotni. Ker večina anketiranih teh dejavnikov ne zaznava kot stresne, lahko to s 5 % verjetnostjo posplošimo na vse zaposlene. Dejavniki slaba plača pa ima p-vrednost večjo od 0,05 (0,26), kar pomeni, da vrednosti ne moremo posplošiti na celotno populacijo, čeprav 43 % anketiranih slabo plačo dojema kot stresni dejavnik.

Za primerjavo stresnih dejavnikov glede na prisotnost na superviziji smo izvedli hi-kvadrat test,² s katerim smo odgovorili na drugo raziskovalno vprašanje »Kako se izpostavljeni stresni dejavniki razlikujejo med medicinskimi sestrami, ki so že bile oziroma so vključene v supervizijo, in tistimi, ki še niso bilo vključene v supervizijo?« Rezultati hi-kvadrat testov (empirične/izmerjene frekvence in teoretične frekvence (v oklepajih) posameznih odgovorov po oddelkih/starosti/delovnih izkušnjah/izobrazbi, vrednosti hi-kvadrata in p-vrednosti) so prikazani v Tabelah 4, 5, 6, 7 in 8.

Tabela 4: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in slabi medsebojni odnosi

Hi-kvadrat test Vrednost hi-kvadrata = 0,62 p-vrednost = 0,43		Stresni dejavnik: slabi medsebojni odnosi		Skupaj
		NE	DA	
Prisotnost na superviziji	DA	42 (41)	3 (4)	45
	NE	30 (31)	4 (3)	34
Skupaj		72	7	79

Iz Tabele 4 je razvidno, da je p-vrednost večja od 0,05 ($p = 0,43$), in s tem nismo potrdili povezanosti med supervizijo in stresnim dejavnikom slabi medsebojni odnosi. V tem primeru sta dve teoretični frekvenci manjši od 5, kar lahko vpliva na pristranskost testa.

² Hi-kvadrat test uporabimo, kadar želimo ugotoviti, ali med dvema imenskima spremenljivkama obstaja odvisnost. Pri hi-kvadratu je pogoj, da so teoretične frekvence (to so predvidene frekvence, ki naj bi bile, če med spremenljivkama ni odvisnosti) večje od 5. Postavimo si ničelno hipotezo H_0 : Med prisotnostjo na superviziji in stresnimi dejavniki ni odvisnosti; ter alternativno hipotezo H_1 : Med prisotnostjo na superviziji in stresnimi dejavniki je odvisnost. Ker smo hi-kvadrat test izvedli s pomočjo programa SPSS 20.0, smo ničelne hipoteze zavrnilo na osnovi p-vrednosti, ki pomeni najmanjšo verjetnost, pri kateri lahko ničelno hipotezo še zavrnilo. Za stopnjo značilnosti smo izbrali vrednost $\alpha = 0,05$. V kolikor je p-vrednost manjša ali enaka α , ničelno hipotezo zavrnilo.

Tabela 5: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in delovni čas

Hi-kvadrat test Vrednost hi-kvadrata = 1,80 p-vrednost = 0,18		Stresni dejavnik: delovni čas		Skupaj
		NE	DA	
Prisotnost na superviziji	DA	38 (40)	7 (5)	45
	NE	32 (30)	2 (4)	34
Skupaj		70	9	79

Iz Tabele 5 je razvidno, da je p-vrednost večja od 0,05 ($p = 0,18$), zato lahko zaključimo, da ni povezanosti med prisotnostjo na superviziji in stresnim dejavnikom delovni čas. V tem primeru je ena teoretična frekvenca manjša od 5, kar lahko vpliva na pristranskost testa.

Tabela 6: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in plača

Hi-kvadrat test Vrednost hi-kvadrata = 0,56 p-vrednost = 0,45		Stresni dejavnik: plača		Skupaj
		NE	DA	
Prisotnost na superviziji	DA	24 (26)	21 (19)	45
	NE	21 (19)	13 (15)	34
Skupaj		45	34	79

Iz Tabele 6 je razvidno, da je p-vrednost večja od 0,05 ($p = 0,45$), zato nismo potrdili povezanosti med prisotnostjo na superviziji in stresnim dejavnikom plača.

Tabela 7: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in slabe možnosti napredovanja in izobraževanja

Hi-kvadrat test Vrednost hi-kvadrata = 0,44 p-vrednost = 0,51		Stresni dejavnik: slabe možnosti napredovanja		Skupaj
		NE	DA	
Prisotnost na superviziji	DA	31 (30)	14 (15)	45
	NE	21 (22)	13 (12)	34
Skupaj		52	27	79

Iz Tabele 7 je razvidno, da je p-vrednost večja od 0,05 ($p = 0,51$), zato nismo potrdili povezanosti med prisotnostjo na superviziji in stresnim dejavnikom slabe možnosti napredovanja.

Tabela 8: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in delovne razmere

Hi-kvadrat test Vrednost hi-kvadrata = 1,64 p-vrednost = 0,20		Stresni dejavnik: delovne razmere		Skupaj
		NE	DA	
Prisotnost na superviziji	DA	33 (35)	12 (10)	45
	NE	29 (27)	5 (7)	34
Skupaj		62	17	79

Iz Tabele 8 je razvidno, da je p-vrednost večja od 0,05 ($p = 0,20$), zato nismo potrdili povezanosti med prisotnostjo na superviziji in stresnim dejavnikom delovne razmere.

Na vprašanje »Ali ste že bili prisotni na supervizijskem srečanju?« je 57 % (45) anketiranih odgovorilo pritrdilno, 43 % (34) pa jih v supervizijo še ni bilo vključenih. S temi rezultati smo dobili odgovor na tretje raziskovalno vprašanje »Koliko anketirancev je že bilo prisotnih na superviziji oziroma je vključenih v njen proces?«

Za preverjanje četrtega raziskovalnega vprašanja »Katere so morebitne razlike v starosti in izobrazbi medicinskih sester, ki so oziroma niso vključene v supervizijo?« smo zopet izbrali hi-kvadrat test (glej Tabela 9). Postavili smo si ničelno hipotezo H_0 : Med prisotnostjo na superviziji in izobrazbo ni odvisnosti; ter alternativno hipotezo H_1 : Med prisotnostjo na superviziji in izobrazbo je odvisnost.

Tabela 9: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in izobrazba

Hi-kvadrat test Vrednost hi-kvadrata = 1,62 p-vrednost = 0,20		Izobrazba		Skupaj
		Srednja poklicna izobrazba	Visokošolska/univerzitetna izobrazba	
Prisotnost na superviziji	DA	18 (21)	27 (24)	45
	NE	18 (15)	15 (18)	33
Skupaj		36	42	78

Iz Tabele 9 je razvidno, da je p-vrednost večja od 0,05 (0,20), zato nismo potrdili povezanosti med izobrazbo anketiranih in prisotnostjo na superviziji.

Za primerjavo med prisotnostjo med supervizijo in starostjo smo tudi uporabili hi-kvadrat test (glej Tabela 10). Postavili smo si ničelno hipotezo H_0 : Med prisotnostjo na superviziji in starostjo ni odvisnosti; ter alternativno hipotezo H_1 : Med prisotnostjo na superviziji in starostjo je odvisnost.

Tabela 10: Hi-kvadrat test: prisotnost na superviziji in starost

Hi-kvadrat test Vrednost hi-kvadrata = 14,68 p-vrednost = 0,00		Starost				Skupaj
		21–30	31–40	41–50	51–60	
Prisotnost na superviziji	DA	6 (6)	8 (12)	20 (13)	11 (14)	45
	NE	5 (5)	13 (9)	2 (9)	13 (10)	33
Skupaj		11	21	22	24	78

Iz Tabele 10 je razvidno, da je p-vrednost manjša od 0,05 (0,00), zato lahko potrdimo povezanost med starostjo anketiranih in prisotnostjo na superviziji.

V rezultate so od tu naprej vključeni le tisti anketirani, ki so na vprašanje o vključenosti v supervizijo odgovorili z da, torej da so že bili vključeni v supervizijsko srečanje.

Tabela 11: Rezultati vprašanj o značilnosti supervizije

Vprašanje	Odgovori	n = 45	%
Oblika supervizije	skupinska supervizija	42	93,3
	individualna supervizija	1	2,2
	timska supervizija	2	4,5
Pogostost supervizijskih srečanj	1-krat na teden	1	2,2
	na 2 do 3 tedne	0	0
	1-krat na mesec	11	24,5
	več kot 1-krat na mesec	27	60,0
	nikoli	6	13,3
Število srečanj v enem supervizijskem ciklu	manj kot 5	3	6,7
	5–10	36	82,2
	10–15	4	8,9
	15–20	2	4,4
Število članov tima na supervizijskem srečanju	1–2	1	2,2
	3–5	3	6,7
	6–10	30	66,7
	več kot 10	11	24,4
Trajanje supervizijskega srečanja	do 30 minut	5	11,1
	30–60 minut	24	53,3
	60–90 minut	13	28,9
	več kot 90 minut	3	6,7

Legenda: n = velikost vzorca, % = odstotni delež

Od 45 anketiranih, ki so že bili vključeni v supervizijo, jih je bilo kar 42 (93,3 %) vključenih v skupinsko supervizijo. Največji delež anketiranih, tj. 60,0 % (27), pravi, da so bila supervizijska srečanja pogostejša kot enkrat na mesec; 24,5 % (11) anketiranih pa je odgovorilo, da so bili povabljeni na supervizijska srečanja enkrat na mesec. Na vprašanje »Koliko supervizijskih srečanj je vseboval en supervizijski cikel?« jih 82,2 % (36) navaja, da je bilo v enem supervizijskem ciklu od 5 do 10 supervizijskih sestankov. 66,7 % (30) anketiranih, ki so že bili prisotni na supervizijskem srečanju, je navedlo, da je bilo na srečanju prisotnih 6–10 članov, odgovor, da je bilo na srečanju prisotnih več kot 10 članov, pa je obkrožilo 24,4 % (11) anketiranih.

Na vprašanje »Koliko časa je trajalo posamezno supervizijsko srečanje?« je 53,3 % (24) anketiranih odgovorilo, da je posamezno srečanje trajalo od 30 do 60 minut; medtem ko jih 28,9 % (13) meni, da je posamezno srečanje trajalo od 60 do 90 minut.

Tabela 12: Zadovoljstvo s supervizorjem

Kako ste zadovoljni s supervizorjem?	odgovor	n = 45	%
supervizor je bil nestrpen, ni bilo sproščenega ozračja	ne	43	95,6
	da	2	4,4
odnos med supervizorjem in supervizantom je bil neoseben	ne	44	97,8
	da	1	2,2
supervizor je bil nespoštljiv	ne	44	97,8
	da	1	2,2
supervizor je bil sposoben poslušanja in empatije	ne	8	17,8
	da	37	82,2
supervizor je skupaj s supervizanti etično in strokovno reševal konkretne situacije	ne	36	80,0
	da	9	20,0

Legenda: n = velikost vzorca, % = odstotni delež

Anketirani so v veliki večini zadovoljni s supervizorjem, saj je kar 82,2 % (37) anketiranih mnenja, da je bil sposoben poslušanja in empatije. 80,0 % (36) anketirancev pa ni obkrožilo trditve, da je supervizor skupaj s supervizanti etično in strokovno reševal konkretne situacije. Le 4,4 % (2) meni, da je bil supervizor nestrpen, da ni bilo sproščenega ozračja in 2,2 % (1), da je bil odnos med njim in supervizorjem neoseben in da je bil supervizor nespoštljiv.

Tabela 13: Prostor, kjer je potekalo supervizijsko srečanje

Prostor, kjer je potekalo supervizijsko srečanje, je bil ...	odgovor	n = 45	%
stalen prostor	ne	13	28,9
	da	32	71,1
brez motečih dejavnikov	ne	18	40,0
	da	27	60,0
različni prostori	ne	39	86,7
	da	6	13,3
prisotni moteči dejavniki	ne	43	95,6
	da	2	4,4

Legenda: n = velikost vzorca, % = odstotni delež

Rezultati v Tabeli 13 prikazujejo odgovore na vprašanje, v kakšnem prostoru je potekala supervizija. Večina (60,0 %) anketiranih pravi, da moteči dejavniki med supervizijskim srečanjem niso bili prisotni. 71,1 % anketiranih je odgovorilo, da je supervizija potekala vedno v istem prostoru, 13,3 % pa, da so supervizijska srečanja potekala v različnih prostorih.

Na vprašanje »Ali menite, da je supervizija izboljšala odnose med zaposlenimi na delovnem mestu?« je 31,1 % (14) anketiranih mnenja, da je supervizija izboljšala odnose med zaposlenimi, 42,2 % (19) se jih strinja, da se odnosi niso izboljšali, medtem ko se 26,7 % (12) anketiranih ni moralo opredeliti, ali jim je supervizija pomagala pri izboljšanju odnosov, in so izbrali odgovor ne vem.

Tabela 14: Rezultati binomskega neparametričnega testa

	Odgovor	Kategorija	n = 45	Dejanski delež	Mejni delež	p-vrednost
Odnosi med zaposlenimi	Skupina 1	1,00	14	31	0,50	0,02
	Skupina 2	2,00	31	69		
Skupaj			45	100		

Legenda: Skupina 1: odgovor »odnosi so se izboljšali«. Skupina 2: odgovora »odnosi se niso izboljšali« in »ne vem«, n = velikost vzorca, p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Odgovor na peto raziskovalno vprašanje »Kakšnega mnenja so medicinske sestre z izkušnjo supervizije o izboljšanju medsebojnih odnosov med zaposlenimi?« smo zopet poiskali z neparametričnim binomskim testom. Skupina 2 predstavlja tiste, ki so odgovorili, da se odnosi niso izboljšali oziroma da ne vedo; skupina 1 pa predstavlja

tiste, ki so odgovorili, da so se odnosi izboljšali. Ker je delež tistih, ki so mnenja, da se odnosi niso izboljšali oziroma da ne vedo, 69 %, p-vrednost pa je manjša od 0,05 ($p = 0,02$), lahko zaključimo, da zaposleni niso mnenja, da supervizija izboljša medsebojne odnose in komunikacijo na delovnem mestu.

Na vprašanje »Kdaj so potekala supervizijska srečanja?« je 60,0 % (27) anketirancev obkrožilo odgovor, da so supervizijska srečanja potekala med delovnim časom, ostalih 40,0 % (18) pa, da so potekala v prostem času.

16. vprašanje je bilo odprtega tipa: »Kakšni so bili pozitivni učinki po končanih supervizijskih srečanjih?« Odgovore smo dobili le od 9 anketirancev, in sicer: da so bili pozitivni učinki po končani superviziji dobri in da je supervizija pripomogla k boljšim odnosom in komunikaciji med sodelavci; našle so se rešitve, ki jih prej zaposleni niso videli; izboljšali so se odnosi z osebami, ki so pogosto v kontaktu, medtem ko 2 anketiranca menita, da pozitivnih učinkov ni bilo oziroma da supervizija ni ničesar spremenila. 1 anketiranka pa navaja, da je bila supervizija po prvem srečanju prekinjena, ker se je pokazalo nezaupanje glede izmenjave osebnih informacij ali vsebin. Pokazalo se je tudi nezaupanje, da bi se udeleženci skupine, ki so bili hkrati tudi sodelavci, preveč prepoznali v svojih šibkih točkah.

Z zadnjim vprašanjem smo želeli izvedeti, ali bi se anketiranci ponovno vključili v supervizijo. Od 45 anketirancev, ki so v supervizijo že bili vključeni, bi se jih 13 (28,9 %) ponovno vključilo v supervizijo, kar 29 (64,4 %) pa se jih ne bi vključilo še enkrat. Samo 3 (6,7 %) so trenutno vključeni v supervizijo in se še ne morejo opredeliti.

3.5 RAZPRAVA

Supervizija je metoda, ki zaposlenim pomaga pri razvoju in učenju ter jim omogoča razvoj poklicne in osebne rasti (Kobolt, Žorga, 2004). V naši raziskavi smo ugotovili, da so v veliki večini med zaposlenimi v zdravstveni negi prisotni stresni dejavniki, ki pa niso povezani s prisotnostjo oz. neprisotnostjo na superviziji. Raziskali smo pogoje, pod katerimi je potekala supervizija in v katerih elementih se razlikuje od teorije.

Večini anketirancev v ZD Kranj, ZD Jesenice in ZD Škofja Loka stres predstavlja slaba plača. Skoraj vsi anketirani dnevno opažajo različne stresne dejavnike, za katere lahko sklepamo, da vplivajo na njihovo kakovost dela in zadovoljstvo na delovnem mestu. Pri tem so rezultati binomskega neparametričnega testa pokazali, da so zaposleni kot stresni dejavnik na delovnem mestu najpogosteje izbrali slabo plačo, kar pa se ni izkazalo kot statistično pomembno. Večina udeležencev za stresne dejavnike na delovnem mestu ni izbrala slabih medsebojnih odnosov, delovnega časa, slabih delovnih razmer in slabih možnosti napredovanja in izobraževanja, kar pa se je izkazalo kot statistično pomembna ugotovitev in jo lahko posplošimo tudi na druge zaposlene v ustanovi. Sotirov in Železnik (2011) sta leta 2011 v Zdravstvenem domu Novo mesto in v Splošni bolnišnici Novo mesto izvedla podobno raziskavo, s katero sta analizirala stres in ugotavljala poznavanje klinične supervizije med zaposlenimi. Ugotovila sta, da skoraj vsem anketiranim delovno mesto predstavlja stres, kar 80 odstotkov anketiranih pa kot stresni dejavnik vidi slabo plačo. Če to raziskavo primerjamo z našo, vidimo, da je večina zaposlenih v zdravstveni negi mnenja, da je njihovo delovno mesto stresno.

Čeprav je velik odstotek tistih, ki so v naši raziskavi navedli stresne dejavnike pri svojem delu, v supervizijo niso bili vključeni vsi. Sotirov in Železnik (2011) navajata, da izraz in pomen supervizije pozna le dobra polovica anketiranih, od teh pa bi se jih ob stresu vključila v supervizijo samo tretjina. V naši raziskavi je bilo v supervizijo vključenih nekaj več kot polovica anketiranih, ponovno pa bi se jih vključilo nekaj več kot četrtina, medtem ko je raziskava, ki sta jo objavila avtorja Severinsson in Kamaker (1999) in je bila izvedena v državni bolnišnici na Švedskem, pokazala, da je skupina zaposlenih v zdravstveni negi, ki so bili vključeni v supervizijska srečanja, manj pod vplivom stresa. Zaposleni so lažje rešili probleme, s tehnikami in metodami pa jim je supervizija pomagala pri samorefleksiji (Sotirov, Železnik, 2011).

Z raziskavo smo ugotovili, da prisotnost na superviziji ne vpliva na stresne dejavnike, ki bremenijo zaposlene pri opravljanju poklica. Od vseh dejavnikov, katerih vpliv na prisotnost na superviziji smo testirali s hi-kvadrat testom, je edino starost anketiranih tista, ki vpliva na prisotnost na superviziji. Supervizijskega srečanja se je udeležilo največ tistih, ki so stari 41–50 let.

V okviru raziskave smo ugotovili, v kakšnih pogojih je potekala supervizija. Visok delež anketiranih navaja, da je supervizija potekala vedno v istem prostoru in da moteči dejavniki pri supervizijskem srečanju niso bili prisotni. Na podlagi pregledane literature so imeli anketirani, ki so bili vključeni v supervizijo, dobre pogoje za kakovostno supervizijo. Avtorji namreč navajajo, da mora biti prostor, kjer poteka supervizija, stalen, izven ustanove ter brez motečih dejavnikov, kot so telefoni in obiskovalci. S tem je bilo anketiranim omogočeno varno in sproščeno ozračje (Milošević, 1999). 70 odstotkov anketiranih pravi, da je supervizija potekala med delovnim časom. Po navedbah nekaterih avtorjev je to pomemben podatek, saj so zaposleni po napornem delovnem dnevu precej izmučeni in si želijo čim prej domov in verjetno nimajo želje po razmišljanju (Dergačeva, 2003 povz. po Švagan, 2010). Kot eno od omejitev raziskave v sklopu proučevanja razmer supervizije ugotavljamo, da bi veljalo pridobiti natančnejše informacije, vezane na prostor supervizije, tudi o kraju poteka. Glede na to, da je ena anketiranka navedla, da njena izkušnja s supervizijo ni bila prijetna in da so se zaposleni med seboj spoznali v njihovih šibkih točkah, lahko izpostavimo smiselnost organizacije supervizije izven ustanove, v kateri so supervizantje zaposleni. Tako lahko bolj odkrito in sproščeno govorijo o svojih delovnih težavah, skrbih in napakah, kot bi to storili pred svojimi sodelavci.

Le trije anketiranci navajajo, da je supervizijsko srečanje trajalo več kot 90 minut. Posamezno supervizijsko srečanje naj bi trajalo najmanj od ure in pol do dve uri, če želimo, da je učinkovito. Srečanja naj bi potekala vsaka dva do tri tedne (Milošević, 1999), kar pri večini anketirancev ne drži, saj več kot polovica anketiranih pravi, da so supervizijska srečanja potekala v obdobju, daljšem od enega meseca. V veliki meri anketiranci navajajo, da je en supervizijski cikel vseboval od pet do deset supervizijskih srečanj, kar ni skladno s standardi nekaterih zahodnoevropskih supervizijskih srečanj, saj naj bi vseboval najmanj petnajst do dvajset srečanj (Švagan, 2010). Samo uvodna faza traja začetnih štiri do pet srečanj in v tem času bi se med udeleženci moralo vzpostaviti zaupanje (Bogataj, 2004). Supervizija je učinkovita, če poteka redno skozi daljše časovno obdobje, kontinuirano, saj s tem posamezniku omogoča učenje in strokovno rast, oblikujeta pa se tudi varna klima in zaupanje (Milošević, 1999). Na kakovost in učinkovitost supervizije vpliva tudi število članov, ki so prisotni na

srečanju. Manjša je skupina, večje je zaupanje in supervizanti so bolj sproščeni (ibid). Večji delež anketirancev navaja, da je bilo na supervizijskih srečanjih prisotnih več kot šest članov, Kobolt in Žorga (2006) pa pravita, da največjo učinkovitost dosežemo, če v superviziji sodelujejo štirje člani, saj je tako omogočena kakovostna komunikacija med vsemi.

Pri vprašanju o zadovoljstvu s supervizorjem so se anketiranci v veliki meri strinjali, da supervizor ni bil nestrpen in da je bilo ozračje sproščeno ter da odnos med supervizorjem in supervizanti ni bil neoseben, menijo, da je bil supervizor spoštljiv in da je bil sposoben poslušanja in empatije. Pomembno se nam zdi izpostaviti trditev, da je supervizor skupaj s supervizanti etično in strokovno reševal konkretne situacije, saj večina anketiranih tega odgovora ni obkrožilo. Pomembna poklicna lastnost dobrega supervizorja je, da je sposoben prepoznati težavo kot odpravljivo, znati mora vstopiti v svet supervizantov in jih pripeljati do spoznanja, kaj je za njih najbolje, da ohranijo upanje (Matičeto, 2000). Spretno mora znati postavljati odprta vprašanja in ugotoviti, v kakšno situacijo je supervizant postavljen, ter ga z vprašanji usmeriti k razmišljanju in k lastni razrešitvi problema (Ščavničar, 2003). Kot so pokazali rezultati raziskave, so bili skoraj vsi anketiranci prisotni v skupinski superviziji, iz česar lahko sklepamo na nestrinjanje anketirancev s trditvijo, da supervizor etično in strokovno rešuje konkretne situacije. Kobolt in Žorga (2006) pišeta, da je v skupinski superviziji pomembno, da je supervizor zlasti strokovnjak za supervizijo, medtem ko je pri superviziji tima pomembno, da je supervizor dober strokovnjak z delovnega področja, s katerim se ukvarjajo delavci tima, kjer se supervizija izvaja.

V sklopu raziskave smo ugotovili, da je večina zaposlenih mnenja, da njihova izkušnja s supervizijo ne vpliva na izboljšanje odnosov med zaposlenimi. Kot slabost raziskave lahko dodamo, da smo anketirane spraševali le o njihovi oceni, kako supervizija vpliva na medsebojne odnose med zaposlenimi. Nismo pa jih povprašali po oceni vpliva njihove izkušnje s supervizijo na odnose med zaposlenimi in pacienti, kar bi bil zanimiv podatek, ki bi ga lahko vključili v raziskavo. Delo s pacienti je čustveno lahko zelo naporno in tako lahko pomembno vpliva na doživljanje neprijetnih čustev, ki se kažejo kot potrto, napetost, razdražljivost in lahko prerastejo v stanja, ki so klinično

pomembna in lahko vodijo v izgorelost ali druge težave. Slednje sta v svoji raziskavi nasloвила Sotirov in Železnik 2011, saj so anketirani kot zelo močan stresor navedli sočustvovanje s težavami bolnikov. Menita, da je poklic medicinske sestre stresen, saj se srečuje s težavami bolnikov, ker pa smo ljudje čustvena bitja, drug do drugega delujemo v procesu podzavestne empatije.

Na vprašanje, kateri so pozitivni učinki supervizije, velika večina udeležencev ni odgovorila. Devet anketirancev, ki so odgovorili na to vprašanje, se strinja, da so bili po končani superviziji vidni pozitivni učinki, izboljšala se je komunikacija med sodelavci in odnosi. Dve osebi pa sta menili, da pozitivnih učinkov ni bilo. Pri tem je ena anketiranka navedla, da s supervizijo ni bila zadovoljna oziroma da ni prinesla pozitivnih učinkov, saj je bila že po prvem srečanju prekinjena zaradi nezaupanja med zaposlenimi. Pravi, da so se sodelavci prepoznali v svojih šibkih točkah, kar je močno vplivalo na njihovo delo, posledično pa so se odnosi med zaposlenimi vse prej kot izboljšali in je prišlo do izkoriščanja. V literaturi smo prebrali, da naj bi se člani skupine v enaki sestavi sestali vsaj desetkrat, da bi se med njimi vzpostavilo zaupanje (Žorga 1997, 2000 povz. po Švagan, 2010). Tudi vloga supervizorja je, da med udeleženci supervizijskega srečanja vzpostavi varno vzdušje, in sicer v uvodni oziroma začetni fazi, kjer supervizanti sprejmejo dogovor o molčečnosti, kraju, času, trajanju in pogostosti srečanj. Uvodna faza traja začetnih štiri do pet srečanj in medtem bi se med udeleženci moralo vzpostaviti zaupanje (Bogataj, 2004).

Od vseh anketirancev, ki so že bili vključeni v supervizijo, bi se jih le tretjina ponovno vključila v supervizijski proces, kar se nam zdi malo. Izpostaviti je treba dve osebi, ki sta pri tem raziskovalnem vprašanju dopisali, da nista imeli možnosti za vključitev v supervizijo. Zanimivo bi bilo podrobneje raziskati razloge, zakaj bi se določen delež zaposlenih želel ponovno vključiti v supervizijo in kateri so tisti stresni dejavniki, ki jih bremenijo pri delu in bi jih želeli obravnavati na superviziji. Avtorji navajajo, da bi morali imeti vsi zaposleni enake pogoje in možnosti za vključitev v supervizijo in da bi morala biti obvezna za vse strokovnjake (Jackson, 1980; Keaveny, 1980; Douganova, 1998 povz. po Švagan, 2010).

4 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo predstavili, kaj je supervizija, njen razvoj in pogoje, pod katerimi naj bi potekala, da bi bila učinkovita, ter lastnosti dobrega supervizorja in cilje, ki jih lahko dosežemo s kakovostno supervizijo. Poleg tega smo predstavili, kako supervizija vpliva na poklicno in osebno rast medicinskih sester.

Sestavili smo vprašalnik, ki je vseboval vprašanja predvsem tehničnega tipa. Kljub upoštevanju omejitev glede števila anketiranih so rezultati pokazali, da so stresni dejavniki pri medicinskih sestrah prisotni. Raziskavo smo najprej izvedli v ZD Kranj, vendar zaradi premajhne odzivnosti medicinskih sester nismo dosegli želene realizacije vzorca. Odločili smo se, da v diplomsko delo vključimo dodatno raziskavo, ki pa smo jo s težavo izvedli, saj institucije, kamor smo pošiljali prošnje za izvedbo raziskave, niso želele sodelovati oziroma trenutno ne izvajajo supervizije. Dobili smo zavrnitve iz večine zdravstvenih domov po Sloveniji, splošnih bolnišnic ter psihiatričnih bolnišnic, kar nas je presenetilo, saj je to področje dela, kjer se zaposleni ukvarjajo večinoma z duševnim zdravjem pacientov, kar lahko še dodatno vpliva na psihično počutje medicinskih sester. Glede na to, da je supervizija zakonsko predpisana na področju socialnega varstva s *Pravilnikom o načrtovanju, spremljanju in izvajanju strokovnega dela na področju socialnega varstva* (2007), smo iz večine socialno zdravstvenih zavodov dobili odgovor, da supervizije ne izvajajo, le redko jo izvajajo v socialnem varstvu. S tem, ko smo iskali institucijo, ki bi sodelovala v naši raziskavi, smo dobili zanimive rezultate. Sprašujemo se, kaj je razlog, da supervizije ne izvajajo; ali se z njo še niso srečali in ne poznajo pozitivnih posledic le-te, ali ne želijo, da so rezultati objavljeni javno, ali je razlog finančne narave. Zakaj anketirani niso zainteresirani za supervizijo oziroma se je v večini ne bi še enkrat udeležili, ne vemo. Ali so za to krive razmere, v katerih je potekala supervizija, premalo ali neustrezno usposobljen supervizor ali v tem ne vidijo smisla in je to zanje le še dodatna delovna obremenitev? To so vprašanja, ki nas še zanimajo. V prihodnje si želimo raziskavo še nadgraditi, tako da bi izbrali nekaj medicinskih sester, ki so bile vključene v supervizijo, in izvedli intervju, s čimer bi podrobneje izvedeli njihove poglede na supervizijo in izkušnje ter pridobili več informacij o tej temi in o prisotnosti stresa na delovnem mestu. Zanimivo bi bilo pridobiti poglobljene informacije o izkušnji medicinskih sester, ki so v

supervizijo vključene kontinuirano. Glede na rezultate je treba na to temo izvesti še veliko raziskav. Čeprav naših rezultatov ne moremo posploševati na druge zdravstvene ustanove v Sloveniji, kjer so zaposlene medicinske sestre, pa menimo, da lahko služijo kot groba usmeritvena ocena o izvajanju supervizije ter o izkušnjah medicinskih sester z njo, vsaj na primarni zdravstveni ravni.

Znanja o superviziji je še vedno premalo in če bi bile zagotovljene dobre razmere, z usposobljenim supervizorjem in motiviranimi supervizanti, bi supervizija, po našem mnenju, močno pripomogla k izboljšanju kakovosti dela, k obvladovanju stresa in na koncu k zadovoljstvu vseh zaposlenih in posledično pacientov. S takimi razmerami in motivacijo pa bi se verjetno povečal tudi odstotek tistih v naši raziskavi, ki bi imeli željo po ponovni vključitvi v supervizijo.

5 LITERATURA

Bendelja J. Izkušnje s supervizijo v zdravstveni negi. In: Erhartič A, Škorić S, Štraus T, eds. Bolnik s povišanim krvnim tlakom in motivacija v procesu zdravljenja: zbornik predavanj z recenzijo, Radenci, 25.-26. maj 2012. Ljubljana: Zbornica - Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2012: 65-72. Dostopno na: http://zborniczveza.si/sites/default/files/publication_attachments/kardio_zbornik_2012.pdf (20.8.2013).

Bogataj B. Metode in tehnike v posameznih fazah supervizijskega procesa. In: Kobolt A, Vec T, eds. Metode in tehnike supervizije. Ljubljana: Pedagoška fakulteta v Ljubljani; 2004: 257–61.

Derganc S. Odpori in ovire v procesu supervizije. Soc pedagog. 2003;7(2):227-38.

Frimpong JA, Helleringer S, Awoonor Williams JK, Yeji F, Phillips JF. Does supervision improve health worker productivity? Evidence from the Upper East Region of Ghana. Trop Med Int Health. 2011;16(10):1225–33.

Hawkins P, Shohet R. Supervision in the helping profession. Milton Keynes: Open University press; 2006: 49-59.

Kessel LV. Supervision – A necessary contribution to the quality of professional performance illustrated by the concept of supervision used in the Netherlands. Soc pedagog. 1997;1(3):27–46.

Klemenčič Rozman M. Pomen supervizije za razvoj strokovnjaka v poklicih pomoči. In: Kobolt A, ed. Supervizija in koučing. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani in Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2010: 249–66.

Kobolt A. Timska supervizija. In: Žorga S, ed. Modeli in oblike supervizije. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2002: 101–14.

Kobolt A, Žorga S. Supervizija – proces razvoja in učenja v poklicu. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2006: 15-269.

Kobolt A. Supervizija in koučing. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani in Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2010: 59-278.

Kobolt A, Žorga S. Metode in tehnike supervizije. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2004: 152-99.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005.

Koivu A, Hyrka K, Saarinen PI. Who attends clinical supervision? The uptake of clinical supervision by hospital nurses. *J Nurs Manag.* 2011;19(1):69–79.

Leskovec N. Vloga supervizorja v superviziji. *Soc pedagog.* 2011;15(1):79-93.

Matičetova D. Vloga supervizorja. *Soc pedagog.* 2000;4(3):237-58.

Milošević A. Predstavitev supervizijske metode. In: Milošević Arnold V, Vodeb Bonač M, Erzar Metelko D, Možina M, eds. *Supervizija – znanje za ravnanje.* Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije; 1999: 3–46.

Poljak Lulek S. Oblikovanje profesionalne identitete v procesu supervizije. *Soc pedagog.* 2003;7(1):71-82.

Rupar B. Evalvacija razvojno edukativnega modela skupinske supervizije med pedagoškimi delavci. *Soc pedagog.* 2003;7(1):53-70.

Rupar B, Rupnik Vec T. Supervizija in organizacije. In: Kobolt A, ed. Supervizija in koučing. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani in Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2010: 111–50.

Rupnik Vec T. Supervizija v akciji – drobci dogajanja supervizijskega srečanja. Soc pedagog. 2005;9(1):75–94.

Severinsson E, Sand A. Evaluation of the clinical supervision and professional development of student nurses. J Nurs Manag. 2010;18(6):669-77.

Skoberne M. Supervizija v zdravstveni negi. Obzor Zdr N. 2001;35(6):241-5.

Sotirov D, Železnik D. Analiza stresa in poznavanje klinične supervizije med zaposlenimi v Zdravstvenem domu Novo mesto in Splošni bolnišnici Novo mesto. Obzor Zdr N. 2011;45(1):23-9.

Ščavničar E. Vzpostavitev podpornega odnosa v superviziji s poudarkom na empatiji. Obzor Zdr N. 2003;37(3):184–6.

Škodlar B. Balintove skupine – 30 let učenja o čustvenem. In: Penšek L, Ilovar S, Oražem M, eds. Bolezen, pacient in jaz – Izkušnje iz Balintove skupine. Ljubljana: Medicinski razgledi; 2012: 6.

Švagan J. Dejavniki, ki vplivajo na supervizijske poteke in izkušnje supervizantov. In: Kobolt A, ed. Supervizija in koučing. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani in Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2010: 59–90.

Zakon o socialnem varstvu. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2007.

Železnik D. Supervizija v zdravstveni negi. In: Čas D, ed. Supervizija in različni nivoji komunikacije v socialnih zavodih. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije: Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2003: 24–32.

Žorga S. Kompetence in razvoj supervizorja. In: Kobolt A, ed. Supervizija in koučing. Ljubljana: Pedagoška fakulteta univerze v Ljubljani, Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2010: 267–78.

Žorga S. Intervizija oziroma vrstniška supervizija. In: Žorga S, ed. Modeli in oblike supervizije. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2002: 115–30.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani,

sem Tjaša Rozman in sem absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pišem diplomsko delo z naslovom Supervizija v teoriji in praksi v zdravstveni negi. Supervizija je metoda, ki zaposlenim omogoča, da spremljajo osebni in poklicni razvoj, in jim pomaga oblikovati poklicno samopodobo. Vljudno Vas prosim za sodelovanje pri izpolnjevanju vprašalnika. Podatki, ki jih bom pridobila, bodo uporabljeni izključno v raziskovalni namen. Vprašalnik je anonimen.

Zahvaljujem se Vam za sodelovanje!

1. Spol:

- a) ženska
- b) moški

2. Starost:

- a) manj kot 20 let
- b) od 21 do 30 let
- c) od 31 do 40 let
- d) od 41 do 50 let
- e) od 51 do 60 let
- f) več kot 60 let

3. Izobrazba:

- a) srednja poklicna izobrazba
- b) visokošolska/univerzitetna izobrazba
- c) podiplomska izobrazba

4. Delovna doba:
- a) do 5 let
 - b) 6–10 let
 - c) 11–20 let
 - d) 21–30 let
 - e) nad 30 let
5. Kateri so stresni dejavniki, ki vas bremenijo pri opravljanju poklica? (več možnih odgovorov)
- a) slabi medsebojni odnosi z zaposlenimi
 - b) delovni čas, izmensko delo
 - c) slaba plača
 - d) slabe možnosti napredovanja in izobraževanja
 - e) slabe delovne razmere
 - f) stresni dejavniki niso prisotni
6. Ali ste že bili prisotni na supervizijskem srečanju?
- a) da
 - b) ne
7. V katero obliko supervizije ste bili vključeni?
- a) skupinsko
 - b) individualno
 - c) timsko
8. Kako pogosto se pri vas izvajajo supervizijska srečanja?
- a) 1-krat na teden
 - b) na 2 do 3 tedne
 - c) 1-krat na mesec

- d) več kot 1-krat na mesec
9. Koliko supervizijskih srečanj je vseboval en supervizijski cikel?
- a) 5–10
 - b) 10–15
 - c) 15–20
 - d) več kot 20
10. Koliko članov tima je prisotnih na srečanju?
- a) 1–2 člana
 - b) 3–5 članov
 - c) 6–10 članov
 - d) več kot 10 članov
11. Koliko časa je trajalo posamezno srečanje?
- a) do 30 minut
 - b) 30–60 minut
 - c) 60–90 minut
 - d) več kot 90 minut
12. Kako ste zadovoljni s supervizorjem? (več možnih odgovorov)
- a) supervizor je bil nestrpen, ni bilo sproščenega ozračja
 - b) odnos med supervizorjem in supervizantom je bil neoseben
 - c) supervizor je bil nespoštljiv
 - d) supervizor je bil sposoben poslušanja in empatije
 - e) supervizor je skupaj s supervizanti etično in strokovno reševal konkretne situacije
 - f) drugo: _____

13. Prostor, kjer je potekalo supervizijsko srečanje, je bil (več možnih odgovorov):

- a) stalen
- b) brez motečih dejavnikov (telefona, obiskovalcev)
- c) supervizija je potekala v različnih prostorih
- d) bili so prisotni moteči dejavniki

14. Ali menite, da je supervizija izboljšala odnose med zaposlenimi na delovnem mestu?

- a) odnosi med zaposlenimi so se izboljšali
- b) odnosi med zaposlenimi se niso izboljšali
- c) ne vem

15. Kdaj so se izvajala supervizijska srečanja:

- a) v prostem času
- b) med delovnim časom

16. Kakšni so bili pozitivni učinki po končanih supervizijskih srečanjih (naštejte):

17. Ali želite, da bi se ponovno vključili v proces supervizije?

- a) da
- b) ne
- c) trenutno sem vključen v proces supervizije in se še ne morem opredeliti