

Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Pracovní strategie sester
na řídicích pozicích**
Disertační práce

Školitelka:

Doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

Autorka:

Mgr. Eva Marková

České Budějovice, 2013

Abstrakt

Disertační práce „Pracovní strategie sester na řídicích pozicích“ se zabývá problematikou profesní dráhy a manažerské pozice vedoucí sestry. Vzhledem ke změnám v oblasti zdravotní politiky a poskytování zdravotní péče, ale i v souvislosti s otázkou pracovního uplatnění žen na trhu práce obecně, je důležité blíže poznat názory, ambice a motivace sester a jejich pracovní strategie na manažerských pozicích. Taktéž aspekty skloubení jejich rodinných a pracovních rolí, neboť v podstatě jde o momenty do značné míry určující postavení většiny žen v našich pracovních podmínkách. Řízení ošetrovatelského personálu a ošetrovatelské péče je v České republice totiž pozicí typickou pro ženy, které se přizpůsobují daným pravidlům organizace práce a hierarchické struktuře zdravotnických organizací. Cílem disertační práce tedy je pokusit se koncipovat takový úhel pohledu, který by umožnil lépe porozumět hodnotám a postojům vedoucích sester. Nezbytnou součástí tohoto náhledu je pochopit, jak se vyvíjely jejich kariérní dráhy, identifikovat jejich styly vedení a řízení ošetrovatelského týmu, jakož i zmapovat, jak se prolínají a vzájemně ovlivňují jejich životní a pracovní dráhy. V tomto procesu odkrývání dlouhodobé pracovní strategie vedoucích sester je významným zdrojem poznání současně i subjektivní reflexe těchto kontextů samotnými sestrami. Proto v rámci analýzy profesního života vedoucích sester byl nejprve popsán vývoj funkce sestry-manažerky, konkrétně pozice vrchní sestry a staniční sestry, a prezentovány závěry řady výzkumných studií, které se touto problematikou zabývaly. Dále byla analyzována specifika managementu v podmínkách ošetrovatelské péče, včetně jeho proměn po roce 1989, a taktéž možnosti vzdělávání sester-manažerek. Konečně byla realizována též empirická sonda do zkoumané problematiky. Data získaná technikou polostrukturovaných rozhovorů s vybranými vrchními sestrami ve fakultních nemocnicích byla integrována za pomoci jednoho z klasických kvalitativních přístupů, prostřednictvím tzv. metody zakotvené teorie. Na základě provedené analýzy dat byl vytvořen model profesního paradigmatu, který dosvědčuje, že vrchní sestra prochází několika fázemi profesní kariéry, jež byly obrazně nazvány: Hledání oboru, Kolečko (střídání ošetrovatelských oborů a pracovišť), Z nouze ctnost (situace, kdy sestra vychovávající dítě, zvolí pracoviště s takovým režimem, který tuto péči dovoluje) a Ukotvení v ošetrovatelském oboru. Od fáze

Ukotvení v ošetrovateľskom obore se potom odvíja manažerská kariéra sestry. Životní příběhy vrchních sester, vystavené na základě informací z kvalitativních rozhovorů, obsahují faktory, které se ukazují být predisponující pro manažerskou pozici. V neposlední řadě jde i o některé imprintingové aspekty z období dětství a dospívání (např. počet sourozenců, důvod volby studia). Sestra se stává po určité době vedoucí směny nebo zástupkyní staniční sestry a posléze staniční a vrchní sestrou. V této pozici používá podle okolností kombinaci několika manažerských stylů jako autoritativní, demokratický a konzultativní. Teoretický model profesního paradigmatu vrchních sester, zkonstruovaný na základě analýz empirických dat, otevírá cestu k dalšímu zkoumání, ve kterém bude případně možné prověřit některé detailnější konsekvence, např. průběh profesní dráhy sester, jejich styly řízení ad. Získané a utříděné poznatky přispívají k obohacení současného stavu poznání určitých segmentů problematiky ošetrovatelství. Top management zdravotnických organizací jich např. může využít při plánování a realizaci některých opatření v oblasti řízení lidských zdrojů a vzdělávací instituce pro lepší a přesnější nastavení vzdělávacích konceptů budoucích vedoucích sester.

Abstract

The thesis “Working strategies of nurses on manager posts” deals with issues of the professional role and manager position of a head nurse. With regard to changes in the area of health policy and health care providing, as well as is the relationship with the issue of professional fulfilment of women on the labour market generally, it is important to know views, ambitions, and motivations of nurses, and their working strategies on managing positions. It includes aspects of harmonizing their family and work roles, as these are the moments determining the position of most women in our working conditions to a significant extent. It is to say, managing of the nursing personnel and health care is a typical feminine position in the Czech Republic, adapting to given rules of the work organization and hierarchical structure of health institutions. The purpose of the thesis is to outline such a frame of reference, which would enable to better understand values and attitudes of head nurses. An indispensable part of this outlook is to understand, how their carriers developed, to identify their managing styles and guiding of the nursing team, as well as to map how their personal and professional roles pervade and affect each other. In this process, revealing long-term working strategies of head nurses is an important source of knowledge and at the same time, an attitudinal reflexion of these contexts by nurses themselves. Therefore, the development of the role of a nurse – manager (specifically, the head nurse and the ward sister) was described as the first item in the framework of the professional live of managing nurses; and conclusions of a series of research studies, focused on these issues, were presented. Additionally, the specificity of management in the nursing conditions was analyzed, including changes after 1989, and possibilities of education of nurses - managers. Finally, an empiric probe into the explored points at issue was carried out. Data acquired by means of semi-structured interviews with selected head nurses in faculty hospitals were integrated with the help of one of classical approaches, through so-called Grounded theory method. On basis of the data analysis, a model of professional paradigm was created, demonstrating several phases of the professional career, through which a head nurse passes, which were called for illustration: Seeking of domain, Circle (changing of nursing lines and sites), Virtue of necessity (situation, where a nurse caring of a child chooses a workplace, which enables such care), and Anchoring in the nursing

branch. Then, the manager's career of the nurse unwinds from the "Anchoring in the nursing branch" phase. Life stories of head nurses, built on information from qualitative interviews, include predisposing factors for a managing position. Last but not least, it is also about some imprinting aspects from the childhood and adolescence (e.g., number of siblings, reasons for the selected study). After certain time, a nurse becomes a shift leader and a deputy ward sister, and subsequently, a ward sister and a head nurse. According to circumstances, she uses a combination of several managing styles in this position, like authoritative, democratic, and consultative. The theoretical model of professional paradigm of head nurses, construed on basis of empiric data analyses, opens a trail for further investigations, where it may be possible to examine some consequences in more detail, like the course of the professional career of nurses, their managing styles, etc. The acquired and classified evidences contribute to enriching current state of knowledge of certain segments of nursing issues. For instance, the top management of health institutions may use them in planning and implementation of some policies in the area of human resources, or educational institutions may use it for better and more accurate setting of educational concepts of future head nurses.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma „Pracovní strategie sester na řídicích pozicích“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 1. 4. 2013

Mgr. Eva Marková

OBSAH

ÚVOD	9
1 MANAŽERSKÉ POZICE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	12
1.1 Sestra-manažerka	13
1.2 Staniční sestra	16
1.3 Vrchní sestra	18
1.4 Manažerské pozice ve výzkumných studiích.....	21
Shrnutí.....	29
2 SPECIFIKA MANAGEMENTU V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	31
2.1 Strukturální změny managementu v ošetrovatelství	33
2.2 Základní funkce managementu v ošetrovatelství	39
2.1.1 Plánování.....	39
2.1.2 Organizování.....	40
2.1.3 Kontrolní činnost.....	41
2.1.4 Vedení lidí (leadership).....	42
2.3 Týmová spolupráce v ošetrovatelství.....	44
2.4 Kooperace v ošetrovatelství	46
Shrnutí.....	46
3 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER-MANAŽEREK.....	48
3.1 Vzdělávání v oboru organizace a řízení zdravotnictví	49
3.2 Project HOPE.....	54
3.3 Vzdělávací projekty zaměřené na management ve zdravotnictví	56
3.4 Master of Business Administration.....	58
Shrnutí.....	59
4 POPIS A VÝSLEDKY EMPIRICKÉHO ZKOUMÁNÍ.....	60
4.1 Konceptualizace výzkumného problému	61
4.2 Cíle výzkumu	62
4.3 Základní výzkumná otázka a specifické výzkumné otázky	63
4.4 Volba metodologického přístupu	63
4.5 Specifika kvalitativního zkoumání.....	64
4.6 Výběr zkoumaného souboru	65
4.7 Získávání a zpracování dat.....	68

4.8	Metoda analýzy získaných dat	71
4.8.1	Otevřené kódování	73
4.8.2	Axiální kódování.....	74
4.8.3	Selektivní kódování.....	76
4.8.4	Analytické kategorie	80
4.8.5	Zakotvená teorie.....	104
4.8.6	Formulace a ověřování výroků o vztazích	107
4.8.7	Proces v zakotvené teorii	108
4.8.9	Matice podmiňujících vlivů	110
	Shrnutí.....	112
5	ZÁVĚR.....	115
6	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	120
7	KLÍČOVÁ SLOVA	132
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	133
	PŘÍLOHA A – Specializační studia	134
	PŘÍLOHA B – SS HOPE.....	138
	PŘÍLOHA C – Přehled otázek polostrukturovaného rozhovoru	139
	PŘÍLOHA D – Upravené otázky polostrukturovaného rozhoru	146
	PŘÍLOHA E – Ukázka poznámek dokreslujících průběh rozhovoru.....	150
	PŘÍLOHA F – Seznam analyzovaných rozhovorů.....	151
	PŘÍLOHA G – Ukázka úpravy textu po přepisu individuálního záznamu rozhovoru .	152
	PŘÍLOHA H – Ukázka identifikace významových jednotek.....	154
	PŘÍLOHA I – Ukázka deskriptivních a interpretativních údajů.....	155
	PŘÍLOHA J – Induktivně vytvořené pojmy, kategorie a subkategorie	156
	PŘÍLOHA K – Kategorie a jejich vlastnosti a dimenze (příklad)	163
	PŘÍLOHA L – Identifikace příběhu	165
	PŘÍLOHA M – Návrat k příběhu	166

ÚVOD

Zdravotnictví poskytuje občanům služby veskrze specifické a unikátní, totiž péči o jejich zdraví a v řadě případů tak péči i přímo o jejich život. Zdravotnická zařízení, polikliniky, nemocnice jsou prosyceny silnými emocemi. Mísí se tu radost z právě narozeného života či uzdravení, smutek z právě sdělené závažné diagnózy i beznaděj ze smrti blízkého člověka.

Procesy řízení ve zdravotnictví se týkají preventivní, diagnosticko-léčebné i ošetrovatelské složky a jedním ze základních jejich cílů je pokrýt individuální potřeby nemocných. Ruku v ruce s tím samozřejmě jde též ekonomicko-provozně-správní řízení, které zajišťuje fungování jednotlivých částí i organizace jako celku. Pro podstatu zdravotní péče je navíc charakteristický určitý rozpor, a to mezi beneficencí (dobro) pro pacienta a beneficencí pro společnost, nemluvě o dalších etických principech jako nonmaleficence (nepoškodit nemocného člověka), respekt k autonomii nemocného a spravedlnost (justice). Proto na manažery, lékaře, sestry a ostatní personál, na jejich profesní chování a rozhodování, jsou tedy ve srovnání s jinými odvětvími kladeny extrémně vysoké nároky.

Segment péče o zdraví občanů je ovšem značně feminizovaný, takže řízení ošetrovatelského personálu a ošetrovatelské péče je v České republice pozicí typickou pro ženy, které se přizpůsobují daným pravidlům organizace práce a hierarchické struktuře zdravotnických institucí, která jen výjimečně připouští alternativní organizaci práce, jež by ženám-zdravotnicím pomohla harmonicky skloubit profesní nároky s rodinnými potřebami. (To je mimochodem situace do určité míry zrcadlící postavení většiny žen v našich pracovních podmínkách.)

Impulzem k zájmu o pracovní strategie sester na vedoucích pozicích byla má spolupráce s mezinárodním týmem v rámci projektu Leonardo da Vinci v letech 2002–2004, který se zabýval rolí staniční sestry ve zdravotnických zařízeních v několika evropských zemích. Druhým podnětem byla osobní zkušenost s přípravami a realizacemi kurzů pro staniční a vrchní sestry v letech 2004–2008 v pražských fakulturních nemocnicích.

Cílem předkládané práce je analýza profesní dráhy a manažerské pozice vedoucí sestry v závislosti na podmínkách zdravotnického zařízení. Účelem mého zkoumání je porozumět hodnotám a postojům vedoucích sester, objasnit jejich rozhodovací strategie při volbě profesní dráhy a manažerské pozice, pochopit, jak se vyvíjely jejich kariérní manažerské dráhy, identifikovat styl vedení a řízení ošetrovatelského týmu a zmapovat, jak se navzájem prolínají a ovlivňují jejich životní a pracovní dráhy.

Mým záměrem je pokusit se koncipovat takový úhel pohledu, který by umožnil lépe porozumět pracovním konstelacím sester ve vedoucích pozicích ve fakultních nemocnicích, které pacientům zajišťují komplexní a kvalitní vysoce specializovanou péči ve všech fázích jejich života, takže efektivní systém řízení těchto nemocnic (včetně plánu kontinuálního zvyšování kvality) je pro naplnění tohoto jejich poslání zcela nezbytný.

V první kapitole textu tedy představuji základní manažerské pozice v ošetrovatelství: zabývám se pozicí sestry-manažerky a analyzuji funkci staniční a vrchní sestry včetně některých proměn, kterými jejich postavení postupem času prošlo. Současně sleduji, jak jsou tyto pozice nahlíženy optikou řady výzkumných studií. Mimo svůj výzkumný zájem jsem však postavila pozici náměstka/náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, tj. někdejší funkci hlavní sestry, neboť tato pozice není v systému zdravotnické organizace vedena jako zdravotnická, ale jako technicko-hospodářská funkce (podobně jako ředitel zdravotnické organizace).

Následující kapitolu věnuji specifikům managementu v ošetrovatelství, a to jak jeho strukturálním změnám po roce 1989, tak současným zvláštnostem základních funkcí managementu (plánování, organizování, kontrolní činnost, vedení lidí), jakož i specifickým podobám týmové spolupráce a kooperace.

Předmětem třetí kapitoly je problematika vzdělávání sester-manažerek, v níž prezentuji možnosti vzdělávání v oboru organizace a řízení zdravotnictví, dále Project HOPE, vzdělávací projekty zaměřené na management ve zdravotnictví a konečně též vzdělávací systém Master of Business Administration.

Při zpracovávání těchto tří oblastí podkladů a informací nakonec shromážděných do právě představených kapitol jsem si byla plně vědoma, že v procesu odkrývání dlouhodobé pracovní strategie vedoucích sester je významným zdrojem poznání také subjektivní reflexe všech těchto uvedených kontextů samotnými sestrami. Proto čtvrtou, klíčovou a poměrně členitou kapitolu představuje popis a výsledky empirického šetření,

kteřé jsem v rámci zkoumání problematiky realizovala a koncipovala je jako exploračně deskriptivní.

Údaje získané technikou polostrukturovaných rozhovorů s vybranými vrchními sestrami ve fakultních nemocnicích jsem integrovala za pomoci jednoho z klasických kvalitativních přístupů, prostřednictvím tzv. metody zakotvené teorie podle Strausse, Corbinové (1999), která se mi pro účely zkoumání zdála být velmi vhodná, neboť jde o model orientovaný na jednání a změny. Shromažděvané údaje o profesní dráze a manažerské pozici staniční a vrchní sestry jsem průběžně analyzovala a nechávala tak spontánně vynořit, co je v této oblasti významné. Systematického souboru specifických postupů aplikované metody, tj. otevřené, axiální a selektivní kódování, jsem použila k tvorbě induktivně odvozené teorie o zkoumaném jevu, k teoretickému vyjádření a vysvětlení zkoumané reality. Závěrečná část kapitoly i závěr práce pak shrnují výsledky tohoto kvalitativního zkoumání a naznačují některé možnosti jejich dalšího využití.

Konečně bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D., vedoucí disertační práce, za odborné vedení, její čas, vstřícnost a všestrannou podporu.

Děkuji též svým milým informantkám, vrchním sestřám, které mi poskytly rozhovor, za jejich ochotu a otevřenost, která umožnila vznik této práce.

1 MANAŽERSKÉ POZICE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Představte si sami sebe jako zahradníka s konvicí v jedné ruce a plechovkou hnojiva v druhé. Občas vytrhnete nějaký plevel, ale většinu času věnujete jen péči o rostliny. Potom už jen pozorujete, jak všechno kvete. Jack Welch (1996)

České ženy patří v evropském měřítku k pracovně nejvytíženějším. Tvoří polovinu pracující populace a polovina z nich pracuje více než 40 hodin týdně. Na řídicích pozicích tvoří necelou třetinu z celé populace zaměstnaných žen. Pouze 4 % z nich dosahují nejvyšších pozic vedoucích řídicích pracovníků. Podíly žen v managementu sice odpovídají feminizaci odvětví, která je vysoká v terciární sféře národního hospodářství (v sektoru služeb), ale ve feminizovaných oborech, např. zdravotnictví či školství, často nejvyšší pozice zastávají muži a zpravidla jsou tito muži finančně ohodnoceni za to, že jsou v menšině a že jsou ochotni v těchto oborech pracovat. (Trh práce, 2012). Všeobecné sestry (a porodní asistentky) představují více jak 40 % žen zaměstnaných ve zdravotnictví. V oborech ošetřovatelství v roce 2011 působilo 88 807 všeobecných sester (a porodních asistentek), to je 2,97 % všech zaměstnaných ve zdravotnictví. Podíl žen v této skupině je 98,36 %, nejpočetnější (17,09 %) je věková skupina 35–39 let. Průměrný věk příslušníků skupiny je 41 let (Trh práce, 2012). Účast žen na řízení ve službách dosahuje dvou třetin, kdežto ve výrobních odvětvích, v primárním a sekundárním sektoru, se podíl žen na zaměstnancích v podnikatelské sféře pohybuje kolem dvou pětín a v managementu kolem jedné třetiny. Největší pracovní vytížení a nejméně volného času v Česku mají ženy ve věku 45–59 let. Chodí do práce, starají se o vlastní domácnost, ale současně pečují i o své staré rodiče a často i o vnoučata. (Dudová a kol., 2006).

Manažeři jsou ve zdravotnických organizacích pokládáni za hlavní a rozhodující činitele, neboť na jejich kvalitní práci závisí směr a cíle zdravotnické organizace, její ekonomická a finanční situace, účelnost a uspořádání organizačních jednotek, způsob a úroveň vedení lidských zdrojů. Ve zdravotnické organizaci se lze setkat s pojmy manažer a leader, které ale nejsou tak dobře uchopitelné jednotlivě. Manažer organizace má určitou pozici v její hierarchii. Leader má osobní přístup ve vztazích a kompetence zaměřené na dosahování cíle. Manažer může dobře řídit, ale také efektivně vést. (Donnelly at al., 2000; Armstrong, 2007).

1.1 Sestra-manažerka

Spojení „sestra-manažerka“ používám jako synonymum pojmu „vedoucí sestra“. Jde o sestru, která je ve zdravotnické organizaci na manažerské pozici první nebo střední linie. V obou případech pod tyto pojmy zahrnuji staniční a vrchní sestru. Pokud popisují pouze jednu z těchto manažerských pozic, uvádím konkrétně, o kterou jde.

Sestra-manažerka, vedoucí sestra (nurse manager, head nurse) má obvykle pravomoci (odpovědnost) v oblasti vedení a řízení ošetrovatelského personálu ve všech směnách a všech ošetrovacích jednotkách. Kromě vedení ošetrovatelského personálu má na starosti zdravotní (ošetrovatelské) služby poskytované pacientům (Cooke, Philpin, 2008). Sleduje ošetrovatelskou péči, kontroluje, zda ošetrovatelský personál pracuje dle pokynů lékařů. Významnou částí její práce je personální administrativa. Záleží na úrovni řízení, ale obecně lze říci, že vede rozhovory se sestrami, které se ucházejí o práci, a přijímá je. Provádí hodnocení pracovního výkonu podřízených a v případě potřeby navrhuje disciplinární řízení, taktéž vede sestry v adaptačním procesu. Vedoucí sestra na všech úrovních řízení by měla mít přehled o nejnovějších postupech v ošetrovatelské péči, i když je pak třeba sama neprovádí. Pro zkvalitnění svých schopností, se zajímá o různé možnosti vzdělávání a realizuje je. Zabývá se též vzdělávacími potřebami svého personálu, doporučuje kurzy, specializační vzdělávání. Sama pak organizuje semináře na své ošetrovací jednotce, klinice či zdravotnickém zařízení. Sestra-manažerka se zabývá vzděláváním pacientů a jejich rodin podobně jako řadové sestry, jen úhel záběru v oblasti této edukace je jiný. Vedoucí sestra věnuje pozornost námětům na zlepšení komunikace a podmínkám, ve kterých se edukace odehrává, a realizuje opatření k jejich zlepšení. Na nejnižší úrovni řízení, na úrovni staniční sestry, se v některých zařízeních na edukaci pacientů a jejich rodin přímo podílí. Aby sestry mohly kvalitně a kontinuálně poskytovat ošetrovatelskou péči, stará se o objednání a dodávku potřebného zdravotnického materiálu, pomůcek a vybavení a rovněž zařizuje případný servis zdravotnické techniky. Pokud dodávky z nějakého důvodu vážnou či nedosahují požadované úrovně, je to obvykle ona, kdo tento problém řeší, což samozřejmě vyžaduje vhodně s dodavatelem komunikovat.

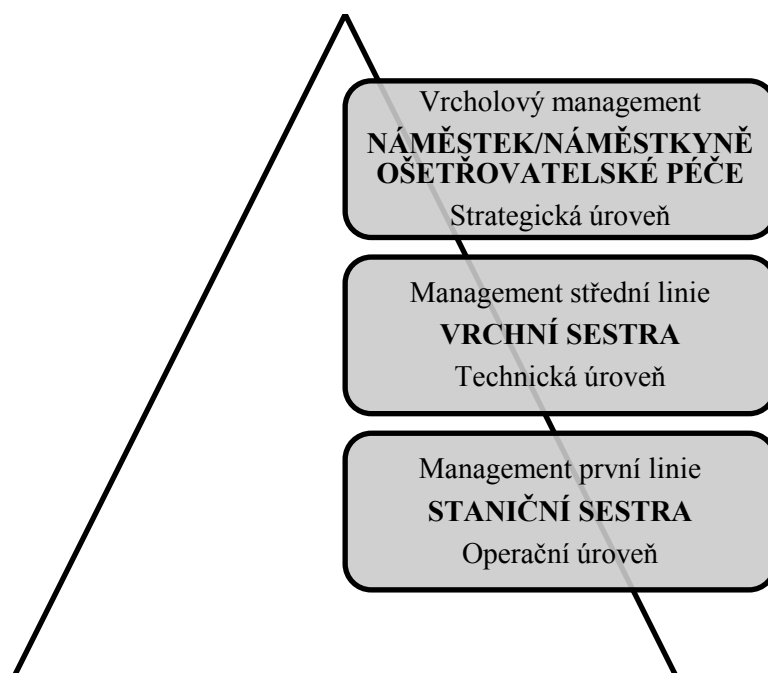
Povinností sestry-manažerky je také analýza rozpočtových potřeb pro konkrétní ošetrovací jednotku či kliniku. Od svých nadřízených je vybízena k námětům na zlepšení denního provozu ošetrovací jednotky, kliniky či zdravotnického zařízení, a opět i zde musí prokázat schopnost dobré komunikace a umění vyjednávat jak s lékaři, tak

s odborníky z oblasti logistiky. Současně pomáhá propagovat zdravotnické služby. Sestry-manažerky realizují cíle zdravotnické organizace prostřednictvím svých spolupracovníků a každý den musí zajistit vysokou úroveň na ošetrovacích jednotkách a to při respektování daného finančního rozpočtu. V současné době je u nás na tuto pozici požadováno vysokoškolské vzdělání a určitý počet let klinické praxe v lůžkovém zařízení.

Sestry pracují obvykle na třech manažerských úrovních: top management (vrcholový), middle management (střední) a lower management (první linie, viz na následující straně Obr. 1: Manažeři a úrovně managementu) Na všech úrovních řízení ošetrovatelské péče sehrávají důležitou roli ve strategickém plánování, organizování, realizaci a zvyšování kvality ošetrovatelské péče a současně řídí a vedou ošetrovatelské týmy (Cooke, Philpin, 2008). Dlužno dodat že také i ve zdravotnictví dochází ke změnám systémovým, technologickým, sociálním a dalším, které si pochopitelně vynucují také adekvátní změny ve strategii řízení zdravotnických zařízení.

Většina manažerských aktivit ve zdravotnických organizacích se uskutečňuje na třech odlišných úrovních, s kterými jsou spojeny určité specifické činnosti a které tedy vyžadují i rozdílné dovednosti. Strategická, nejvyšší manažerská úroveň (Armstrong, 2007, s. 115–121) určuje dlouhodobé záměry a cíle zdravotnické organizace, směr rozvoje lékařské a ošetrovatelské péče, akceptuje a rozvíjí vztahy se širším sociálním (společenským) prostředím. Vrcholoví manažeři (top management) včetně náměstka pro ošetrovatelskou péči, se zaměřují na vize, koncepce, strategické plánování, vytváření a změnu organizačních struktur. Musí dobře znát celý systém, usměrňovat a koordinovat hlavní činnosti organizace. Od top manažerů se očekává velká zodpovědnost a z lidského hlediska i určité charisma (Armstrong, 2007).

Obr. 1: Manažeři a úrovně managementu



Zdroj: podle Armstrong , 2007, s. 97

Povinnosti a pracovní náplně sester v manažerských pozicích se postupem doby tříbily (viz dále 1.2 a 1.3). Činnosti sestry-manažerky, jak byly vytvořeny na základě šetření, diskusí a výměny zkušeností v rámci mezinárodní spolupráce v Projektu Leonardo da Vinci (blíže viz 1.4), lze shrnout do následujících oblastí:

Organizace ošetrovatelské péče

- Plánování
- Koordinace aktivit ošetrovatelské péče
- Kompetence, aktivity personálu

Komunikace, informace, organizace na úrovni oddělení

- Péče o pacienty
- Řízení porad pracovního týmu
- Administrativa
- Komunikace s lékaři
- Komunikace s jinými zaměstnanci

Sledování interdisciplinární spolupráce, koordinace s jinými odděleními

- Medicínsko-technická
- Administrativní-logistická
- Koordinace s jinými odděleními

Řízení aktivit spojených s celkovými náklady organizace

- Příjmy a propouštění pacientů
- Strava, dietní režim
- Hygiena pokojů
- Participace na péči o pacienty
- Odchody zaměstnanců
- Řešení mimořádných událostí

Řízení spotřeby biochemického materiálu a vybavení

- Objednávky
- Kontrola údržby
- Plánování vybavení

Školení

- Řízení kompetencí personálu
- Zařazení stážistů

Participace na ošetrovatelské péči

Anticipace mimořádných událostí (Leonardo da Vinci 2004)

1.2 Staniční sestra

Staniční sestra je vedoucím pracovníkem na ošetrovací jednotce, jedná se o základní manažerskou úroveň ve zdravotnické organizaci, tedy první linii (lower management).

Na této operační úrovni, která je základem fungování jakékoli organizace, se efektivně realizují zdravotnické služby poskytované zdravotnickou organizací. Pacienti jsou přijímáni a zaregistrováni, jsou k dispozici přístroje a nástroje k diagnostice, léčbě a je dostatek zdravotnického materiálu (Leonardo da Vinci 2004). Úkolem staničních sester, tedy managementu první linie, je co nejlépe hospodařit se zdroji, disponibilními k produkci požadovaných výstupů organizace. Zabezpečují operativní řízení, komunikaci mezi vedením kliniky a pracovníky na ošetrovacích jednotkách (sestry, zdravotničtí asistenti ad.). U těchto manažerských pozic je kladen důraz na emocionální schopnosti, a to zejména na smysl pro spravedlnost při odměnách a sankcích podřízených pracovníků (Donnelly at al., 2000).

V minulosti byla tato pozice slučována s funkcí vrchní sestry v některých menších zdravotnických zařízeních (Podolská, 1973, s. 15). Po roce 1989 byla podobným způsobem sloučena funkce vrchní a staniční sestry například v některých psychiatrických léčebnách (Bohnice, Dobřany). K ustanovení pozice staniční sestry došlo proto, „... aby na ošetrovací jednotce byl pracovník, který by odpovídal za organizační a zejména materiální a hospodářský chod ošetrovací jednotky.“ (Podolská, 1973, s. 15) Název „inventární sestra“ vystihoval podstatu její činnosti (Podolská, 1973, s. 15), která zahrnovala hospodářsko-administrativní činnost, odpovídala za „... organizační a zejména materiální a hospodářský chod pracoviště.“ (Dolenská, 1979, s. 58) Staniční sestra měla také odpovědnost za ošetrovatelský a pomocný personál, na jehož řízení se podílela společně s vrchní sestrou. Tato odpovědnost byla spíše jakousi nástavbou již zmiňované hospodářské a administrativní činnosti. Kompetence staniční sestry nebyly obecně stanoveny. V důsledku toho si každé zdravotnické zařízení řešilo její pracovní náplň podle představ přednostů klinik (primářů oddělení) či vrchních sester a též podle potřeb a možností oddělení. Rozvoj medicíny, vznik nových specializovaných klinických oborů, zvyšující se nároky na diagnosticko-terapeutické výkony, emancipace ošetrovatelské péče i potřeby pacientů kladly nové a vyšší nároky na ekonomické, technické, administrativní a personální zajištění zdravotnických služeb. To se pozice staniční sestry nemohlo nedotknout. Měla řídit a koordinovat ošetrovatelské služby, aby „... odpovídaly nárokům medicínským a nárokům na stále více prosazovanou individuální, plánovitou a komplexní ošetrovatelskou péči o nemocné.“ (Podolská, 1973, s. 15) Důraz začal být kladen též na zvyšující se potřebu týmové práce, bez níž se poskytování zdravotnických služeb dnes už vůbec neobejde.

S pozicí staniční sestry se setkáváme nejen ve zdravotnických, ale i v sociálních zařízeních. V současné době je náplň její práce záležitostí zaměstnavatele, proto ve vymezeních její funkce lze v různých zdravotnických a sociálních zařízeních shledat jisté odlišnosti. Vzhledem k tomu, že mé kvalitativní zkoumání pracovních strategií vedoucích sester (viz kapitola 4) probíhalo ve fakultní nemocnici, uvádím (s laskavým svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči) výtah z organizačního a provozního řádu této nemocnice.

Funkcí staniční sestry je sestra pověřována náměstkem/náměstkyní pro ošetrovatelskou péči na základě výsledku výběrového řízení. Návrhy uchazečů do výběrového řízení podává vrchní sestra. Ve své činnosti staniční sestra postupuje podle metodických postupů stanovených náměstkem/náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. Organizuje diferencovaný výkon ošetrovatelské péče o jednotlivé pacienty podle jejich zdravotního stavu a odpovídá za veškerý výkon ošetrovatelské péče na ošetrovací jednotce. Staniční sestra řídí a organizuje ošetrovatelskou činnost na ošetrovací jednotce v zájmu dosažení její kvality i hospodárnosti. Odpovídá za léky (včetně omamných látek), zdravotnický materiál a přístroje na ošetrovací jednotce, dodržování hygienicko-epidemiologických předpisů, provozních řádů, pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a dalších předpisů upravujících činnost na úseku ošetrovatelské péče. Vede stanovené výkazy (hlášení o počtu pacientů, o jejich dietách, o hospodaření se zdravotnickým materiálem, léky a omamnými látkami). Staniční sestra organizuje rozdělení pracovních směn, vypracovává s tím související výkazy (evidence odpracovaných hodin) a kontroluje využívání pracovní doby. Koordinuje činnost zaměstnanců nelékařských zdravotnických povolání ošetrovatelského zaměření. Podílí se na personální práci, zejména přijímání a propouštění zaměstnanců zařazených na příslušném pracovišti a na jejich hodnocení (Organizační a provozní řád fakultní nemocnice, 2012).

1.3 Vrchní sestra

Vrchní sestra je manažerkou na střední úrovni řízení (middle management). Potřebnými dispozicemi pro výkon této funkce jsou především znalosti základních problémů spojených s rozhodováním a vedením pracovních skupin.

Její činnost je orientována do oblasti taktického vedení a střednědobého plánování. Vrchní sestra je do funkce jmenována ředitelem organizace na základě výběrového řízení. U zaměstnavatele, který je právnickou osobou, jmenuje vrchní sestru statutární orgán, u zaměstnavatele, který je fyzickou osobou, ji jmenuje zaměstnavatel. Osoby, které vrchní sestru jmenovaly, ji mohou odvolat, a to bez udání důvodu. Vrchní sestra je přímo podřízena náměstkovi/náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, na klinickém pracovišti přednostovi, pokud nejde o kliniku, tak primáři oddělení. Je přímo nadřízena staniční sestře, je oprávněna řídit a kontrolovat práci středních a nižších

zdravotnických pracovníků. Práva a povinnosti vrchní sestry jsou dány zákoníkem práce, na který navazuje organizační a provozní řád zdravotnického zařízení, ve kterém sestra pozici zastává. Od manažera na této úrovni se vyžaduje schopnost taktického vedení a střednědobého plánování (Armstrong, 2007).

Funkce vrchní sestry se objevuje v souvislosti se vznikem specializovaných pracovišť. Do 20. let minulého století fungovala většina nemocnic jako tzv. monoprimaryáty, kde bylo méně civilních sester. Řádové sestry řídila sestra představená, která obvykle nedopustila, aby kdokoliv zasahoval do jejích kompetencí. V období první republiky byla nazývána vedoucí sestra nemocnice vrchní sestrou. Hejduk (1937, s. 195–197) doporučoval, aby definitivnímu ustanovení do funkce vrchní sestry předcházela zkušební doba, během které se osvědčí. Pracovní náplně vrchním sestram zprvu vytvářeli lékaři, jimž byly sestry podřízené. Rozsah činností, které vykonávala, byl široký. V některých nemocnicích byla začleněna do úzkého vedení a chápána z dnešního pohledu spíše jako hlavní sestra.

Ve 40. letech minulého století se pokoušeli v nemocnici Motol uvést do praxe návrh diplomované sestry E. R. Tobolářové (asistentky ve Státní ošetrovatelské škole založené 1916) na změnu organizace ošetrovatelské služby v těsné návaznosti na ošetrovatelskou školu. Princip návrhu spočíval ve sloučení funkce představené školy a představené sester v nemocnici do jedné osoby a podobně sloučit funkci vrchní sestry v nemocnici s funkcí sestry instruktorky v ošetrovatelské škole. Návrh byl zdůvodňován ekonomickými hledisky i zkušenostmi ze zahraničí, jak ve své práci uvádí Kafková (1992).

Při Všeobecné nemocnici byl v roce 1790 otevřen tzv. „blázinec“, kde vykonávali ošetrovatelskou péči dva opatrovníci, kteří se starali o 57 nemocných. Oba museli být ženatí. Prvním byl vrátný a byl zodpovědný za pořádek v domě, druhým byl jeho pomocník-podomek. Ve funkci vrchní sestry zde pracoval podchirurg a jeho povinnost byla jen dozorčí, nikoli léčebná (Rys, Vlček, 1956).

Ve 20. letech nebyly vydány služební předpisy, které by upravovaly ošetrovatelskou službu a její organizaci a které by vymezovaly funkci vedoucí civilní sestry, vedoucí oddělení a ostatních ošetrovatelek. (Kafková, 1992) Diplomované sestry pracovaly na pokojích nemocných, jako chirurgické instrumentářky, na rentgenových stanicích či v laboratořích nebo ambulancích. Zpravidla už při nástupu se s nimi počítalo jako s budoucími vrchními sestrami. Členky Spolku diplomovaných sester měly obrovskou snahu zvýšit počet ošetrovatelek s odborným vzděláním a prosadit

funkce vrchních sester. Chtěly, aby byla zřízena místa představených a vrchních sester ve všech ústavech a veřejných nemocnicích. (Kafková, 1992)

Představu o tom, jaké činnosti vrchní sestra vykonávala, si můžeme učinit z šetření, která byla realizována zejména v 60. a 70. letech (Huťková, 1970; Musilová, 1972; Podolská, 1973 ad.). Vrchní sestra kontrolovala nejen výkony sester u pacientů, ale i pořádek na ubikacích sester a jejich soukromý život. Za služební i mimoslužební prohřešky dostávaly sestry pokuty a po opakovaném přestupku i výpověď. (Kafková, 1992)

Všeobecná nemocnice v Praze vypracovala dokument „Služební instrukce ošetřovatelek nemocných“, které byly schválené Zemským úřadem v Praze výnosem ze dne 27. ledna 1931. V dokumentu se o pracovní náplni a povinnostech vrchní sestry lze dočíst: „Vrchní ošetřovatelce náleží vrchní dozor nad veškerou službou ošetřovatelskou i nad službami jak v pokojích nemocných, tak v místnostech vedlejších: v ambulanci v operačních sálech, laboratořích a ostatních pracovnách kliniky a na odděleních. Vrchní ošetřovatelka se přesvědčuje denně, zda všechny práce spojené s ošetřováním nemocných jsou včas a správně vykonány. Rozepisuje službu denní, noční a dbá na pravidelné střídání ošetřovatelek na službách. Účastní se lékařské vizity, činí si příp. záznamy o speciálních ordinacích a dohlíží, zda se příkazy lékařů správně vykonávají. Kontroluje výkazy diet jednotlivých pokojů a sestavuje jídelní lístek pro celou kliniku. Je přítomna rozdělení pokrmů, všímá si čistoty nádobí, teploty jídla a jeho úpravy. Zakročuje při přestupcích domácího řádu. Vede dozor nad inventáři, dohlíží na stav prádla, zařizuje opravy a případnou výměnu nástrojů a dbá o evidenci správně vyřízených objednávek. K předním povinnostem vrchní sestry náleží hájit zájmy ústavu. Vrchní sestra je domácí hospodyní kliniky. Svou obezřetností a spolehlivostí přispívá ke správnému hospodaření. Zjistí-li jakékoliv závady, zakročuje k jejich odstranění. Jestliže by opakované napomenutí její zůstalo nepovšimnuto, činí o tom hlášení lékaři, příp. správě nebo ředitelství nemocnice.“ (Služební instrukce ošetřovatelek nemocných ve Všeobecné nemocnici v Praze, 1931)

Obdobnou náplň činnosti měla vrchní sestra i v dalších letech. Výrazná byla kontrolní činnost poskytované ošetřovatelské péče na ošetřovacích jednotkách. (Kafková, 1992) Vrchní sestra vedla pracovní skupiny sester tak, aby poskytovaly kvalitní ošetřovatelskou péči v souladu s platnými předpisy. Prostřednictvím sester vedla, organizovala a koordinovala ošetřovatelskou péči.

V některých zdravotnických zařízeních rozvrhovala pracovní dobu sester. Obecně se dá říci, že se pracovní náplň vrchních sester v průběhu doby proměňovala a ta současná zahrnuje plánování, organizování, personální práci a kontrolní činnost na svěřeném úseku.

Pracovní náplň vrchní sestry ilustruje zmíněný výtah z organizačního a provozního řádu fakultní nemocnice, v níž jsem zkoumala problematiku pracovních strategií vedoucích sester (viz kapitola 4). Vrchní sestra spoluřídí provoz zdravotnického pracoviště. Podílí se na stanovování metodických postupů v oblasti ošetrovatelské péče a odpovídá za výkon ošetrovatelské péče na zdravotnickém pracovišti. Plánuje, řídí, koordinuje a kontroluje činnost zaměstnanců nelékařských zdravotnických povolání ošetrovatelského zaměření na všech pracovištích a schvaluje příslušné výkazy a rozpisy jejich pracovních směn. Kontroluje kvalitu ošetrovatelské péče (včetně zdravotnické dokumentace, dodržování předpisů atd.), hospodárnost využívání zdravotnického materiálu a přístrojového vybavení na zdravotnickém pracovišti. Odpovídá za dodržování limitu přesčasové práce u svých podřízených zaměstnanců a za dodržení rozpočtem stanoveného limitu na nákup zdravotnického materiálu, na údržbu a na služby. Spolupracuje s primáři jednotlivých pracovišť v oblasti organizačně ekonomického zajištění chodu ošetrovací jednotky. Odpovídá za zásobování zdravotnického pracoviště léky a zdravotnickým materiálem v souladu s požadavky lékařů vyjádřenými objednávkou léků na žádanku, za správné a bezpečné uložení léků, evidenci a kontrolu omamných látek na zdravotnickém pracovišti. Vrchní sestra seznamuje podřízené zaměstnance s právními předpisy, interními opatřeními a informacemi potřebnými pro jejich práci. Sleduje a zajišťuje jejich další vzdělávání. Podílí se na personální práci, zejména přijímání a propouštění zaměstnanců nelékařských zdravotnických povolání ošetrovatelského zaměření, stanovení jejich nástupní praxe a hodnocení (Organizační a provozní řád fakultní nemocnice, 2012).

1.4 Manažerské pozice ve výzkumných studiích

V České republice byly v letech 2003–2004 uskutečněny sociologické studie (Křížková, 2002; Křížková, 2004), které zkoumaly specifika průběhu profesní dráhy žen jako svébytného a diferencovaného modelu, začleněného do jejich rodinné dráhy.

Kariéra žen je kratší než u mužů, méně ovlivněna dosaženým vzděláním a poznamenána odlišným hodnotovým vztahem k povolání, ženy např. mají nižší profesní aspirace, cení si více sociálních aspektů povolání, tedy než profesního postupu spíše dobrých spolupracovníků a dobrého nadřízeného. Sociálním kontextem života žen pracujících v řídicích pozicích se zabývala další sociologická zkoumání, která čerpala data z českého prostředí a která v závěru konstatují, že ačkoli se ženy s vypjatým úsilím propracovávají k vyšším pracovním pozicím, musí každodenně čelit postojům sociálního okolí, které je vnímá především jako ženy, tedy osoby slabší, méně průbojné, méně schopné a kvalifikované, více zatížené rodinnými úkoly a mateřstvím než jako osoby zastávající vysokou pracovní pozici, za kterou většinou stojí intenzivní a náročná práce. (Křížková, Václavíková-Helšusová, 2002; Hašková, Křížková, 2002; Křížková, Pavlica, 2004; Křížková a kol., 2011)

V české ošetrovatelské literatuře se neseťkáme s tématem, které by se do hloubky zabývalo životní a pracovní strategií sester na řídicích pozicích. Podobně je tomu v zahraniční literatuře, kde se objevuje spíše popis manažerské role (viz dále).

Manažeři v ošetrovatelství potřebují nové znalosti a dovednosti s ohledem na změny organizační, vyplývající z nových strategických plánů, modifikací či transformací zdravotnictví. Studie Lourenço (2005) odhalila, že sestry-manažerky z centra primární péče mají nižší znalosti v oblasti řízení a vedení a že větší znalosti prokazovaly v oblasti vztahující se k moci, k týmové práci, soudržnosti mezi hodnotami a postoji. Sestry na manažerských pozicích, které jsou nedostatečně připravené pro oblast ošetrovatelského managementu, se mohou cítit ve stresu, dá se hovořit i o oslabení role. Nedostatečná příprava vytváří určitý potenciál pro budoucí problém či konflikt v roli manažera. To dokládá výzkumná studie McCallin a Frankson (2010), která přináší výsledky výzkumu dvanácti staničních sester. Na tuto pozici byly vybrány s klinickou zkušeností, ale bez manažerských dovedností. Výsledky odhalují tři závažné aspekty: nejednoznačné vnímání role, deficit orientace v obchodním managementu a pracovní přetížení. K podobnému závěru došla studie Jarošové, která též potvrdila potřebu vedoucích sester mít alespoň minimální ekonomické vzdělání (Jarošová, Lednický, Knopová, 2002). Vzdělávání vedoucích sester v oblasti managementu podporují i další autoři (Zori, Morrison, 2009; Lin et al. 2007). Někteří zdůrazňují důležitost kritického myšlení a jeho rozvoj, neboť má důležitý vliv na rozhodování a řešení problémů (Zori, Morrison, 2009; O'Halloran, Porter, Blackwood, 2010). Kritické

myšlení představuje schopnost analýzy, hodnocení a inference (usuzování, odvozování souvislostí), jakož i deduktivního a induktivního uvažování. (Zori, Morrison, 2009; Zori, Nosek, Musil, 2010) Výsledky kvalitativní analýzy dokumentů ukázaly, že schopnost vedení lidí může být rozvíjena prostřednictvím vzdělávacích aktivit zaměřených na modelování situací i praktické dovednosti (Cummings et al., 2008).

Způsob vedení manažerů zdravotní potažmo ošetrovatelské péče se může pozitivně nebo negativně promítat do výsledků zdravotnické organizace jako poskytovatele péče i úrovně péče o pacienty. Vedoucí sestry mohou svým chováním a rozhodováním ovlivnit spokojenost pacientů. Nejde sice o přímý vliv na jejich spokojenost, neboť je většinou neošetřují, ale tím, že se zásadně spolupodílejí na utváření klimatu ošetrovatelského prostředí, kontrolují dodržování standardů ošetrovatelské péče, snižují fluktuaci sester apod., mají na spokojenost pacientů potenciální vliv (Raup, 2008). Jedna kanadská studie se zaměřila na popis profilu vedoucích sester v tamním ošetrovatelství a na posouzení vztahů, organizační struktury a procesů vztahujících se k práci vedoucí sestry. Z jejích výsledků vyplynulo, že kanadské vedoucí sestry se vidí jako vlivná skupina v rámci svých organizací. I přes různé úrovně řízení vnímaly vedoucí sestry svůj pracovní život pozitivně, měly důvěru ve své schopnosti poskytovat efektivní vedení v ošetrovatelství. Vedoucí sestry zdůrazňovaly potřebu plánovat své následnictví. Ze studie také vyplynulo, že v Kanadě není o pozici vedoucí sestry dostatečný zájem (Laschinger et al., 2008).

Ošetrovatelský management řeší složité problémy související s ošetrovatelskou péčí. Vedoucí sestra plánuje (a to včetně předvídání) vytváření koncepcí a struktur, organizuje práci podřízených, deleguje úkoly jednotlivým sestřám i celému ošetrovatelskému týmu, koordinuje jejich činnosti a motivuje je, zavádí, hodnotí a mění ošetrovatelskou péči v souladu s jejími trendy a trendy v ošetrovatelských postupech. V zahraničních pramenech se poměrně často objevuje obava z nedostatku sester a zároveň obava z nedostatku schopných vedoucích sester. Za důležité se považuje najít způsoby, jak tuto pozici udržet a rozvíjet. Je zdůrazňován právě moment následnictví, tj. výchova schopných nástupců vedoucích sester (Cummings et al, 2008; Laschinger et al., 2008). Výzkum v oblasti vedení lidí v ošetrovatelství se zaměřuje na dvě hlavní témata: na výzkum faktorů, které přispívají ke zkvalitnění ošetrovatelského vedení, a na účinnost vzdělávacích intervencí v rozvoji vůdčího chování.(Cummings et al., 2008) Jinými slovy jaké faktory přispívají k účinnému vedení v ošetrovatelství a jak by mělo vypadat efektivní vzdělávání v této oblasti.

Zmiňovaná studie (Cummings et al., 2008) provedla obsahovou analýzu dvaceti čtyř odborných článků v anglickém jazyce a zjistila, že důležitými faktory v oblasti chování a jednání vedoucích sester jsou cílevědomá činnost, rozhodování, procvičování manažerských dovedností, pozornost, kognitivní empatie (rozumové vcíťování) a využití situačního leadershipu. Schopnosti prosociální povahy byly důležitější než finanční a technické. K základním znakům a vlastnostem sester-manažerek patří též schopnost praktického vedení a zkušenosti s ním, i když délka doby ve vedoucí pozici korelovala negativně s efektivitou vedení. Schopní manažeři disponovali osobnostními rysy jako otevřenost, extroverze a motivace k řízení, ta potom také vedla k jeho vyšší efektivitě. Věk se v dovednosti vést projevoval pozitivně, starší a zkušenější sestry byly podle této studie jako vedoucí schopnější. Pro nízkou kvalitu zpracování byly ze studie vyloučeny práce zabývající se vlivem pohlaví či genderu, významný vztah mezi sexistickým chováním, pohlavím a stylem vedení zjištěn nebyl.

Studie také zkoumala významný kontext manažerské praxe, kontakt mezi vedoucím a podřízenými. Pokud s ním měli méně kontaktů, účinnost jeho působení poklesla v důsledku snížení jeho sociálně emocionálního vlivu. Obdobně pokud byli řízení z větší vzdálenosti. Přítomnost vedení naopak zvyšovala spokojenost a stabilitu zaměstnanců.

Ukázalo se také, že vedoucí používající transformační styl vedení (založený na uspokojování vyšších potřeb pracovníků, na jejich vedení k seberealizaci, seberegulaci a sebekontrolě), byli více formálně i neformálně proškoleni. Ke zkvalitnění praxe vedoucích, ke zvýšení dovedností a kompetencí vedení, nejvíce přispěly na tyto aspekty zaměřené vzdělávací aktivity. Nejčastěji se jednalo o vzdělávání v délce 3–18 měsíců a jeho výsledky se v praxi projevovaly obvykle za 3–12 měsíců, kdy vyšší úroveň vzdělání se většinou projevila zvýšením efektivity vedení. Studie zároveň upozornila, že délka praxe ve vedoucí pozici a vůdčí schopnosti mohou podpořit rozvoj osobnosti manažera, ale též rozvoj syndromu vyhoření, pracovní stres apod., zvláště pokud vedoucí setrvávají na stejném pracovním místě delší dobu. Efektivní manažer využívá rysů obou pohlaví, mužských i ženských. Jejich chování může mít vztah s firemní kulturou, která hraje významnou roli ve vztahu k pracovní spokojenosti zaměstnanců (Cummings et al., 2008).

Lze namítnout, že výsledky z analyzovaných studií poskytují omezené důkazy, ale mohou být základem pro diskusi o výběru vedoucích sester, o investicích do zvyšování kvality řízení a mentorských programů i o směrech budoucího výzkumu. Zajímavé by bylo prozkoumat např. roli vedoucích sester-mužů v ošetrovatelství, neboť v této profesi dominují ženy. To by mohlo poskytnout bližší pohled na rozdíly mezi ženskými a mužskými manažery v ošetrovatelství.

Vedoucí sestry by se měly učit novým dovednostem, rozvíjet je a využívat v každodenní praxi. Tím, že mají o další vzdělávání zájem, prokazují svůj záměr změnit své chování a svůj výkon a tím se jako vynikající leadři odlišují od ostatních. Zdravotnickým organizacím se do rozvoje kariéry vedoucích sester vyplatí investovat.

Podnětné kvalitativní šetření v oblasti ošetrovatelského managementu též provedla Paliadelis (2005). Orientovala se na venkovské manažery ošetrovatelství, kteří zkušenosti před a během prvních dnů ve vedoucí pozici sdělovali v polostrukturovaných individuálních rozhovorech. Ukázalo se, že důležitým úkolem sester-manažerek je zajištění kvalitního ošetrovatelského personálu, jde přímo o strategický úkol v době, kdy hrozí rostoucí nedostatek personálu. Spokojenost sester je pak jedním z klíčových faktorů kvalitní ošetrovatelské péče. Studie Jenkins a Stewart (2010) empiricky testovala dopad manažerského výkonu sester na spokojenost podřízených v zaměstnání. Statistické závěry prokázaly, že jejich spokojenost je chováním a postoji vedoucích sester významně ovlivňována. Dalším závěrem je, že v prostředí poskytování zdravotní péče je manažerský přístup orientovaný na člověka nezbytné podporovat.

V české odborné literatuře se s výzkumnými šetřeními zaměřenými na pozice staniční a vrchní sestry setkáváme významněji ve druhé polovině 60. let a v průběhu 70. let minulého století. Je to období, ve kterém se objevují teoretické úvahy o pojetí ošetrovatelství jako specifické vědní disciplíny, o postavení a úloze sester v ošetrovatelství a o realizaci komplexní ošetrovatelské péče (Pacovský, 1975). Rovněž se lze shledat s pokusy formulovat roli sestry z hlediska sociologického. Autoři obraceli svou pozornost na změny v pracovním výkonu sestry, na úroveň ošetrovatelské péče a tím pádem i na řídicí a organizační schopnosti vedoucích sester. Řada studií vznikla na půdě nynějšího Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Zde se velice dynamicky rozvíjel specializační obor Organizace a řízení ve zdravotnictví. Jeho absolventky zejména v počátcích existence této specializace vytvořily řadu zajímavých závěrečných prací uveřejňovaných v Československém ošetrovatelství, Supplementu odborného časopisu Zdravotnická pracovnice. K těmto

šetřením je ovšem třeba přistupovat s určitou mírou shovívavosti, neboť je zpracovávaly sestry, které neměly v oblasti výzkumu dostatečné vzdělání, ale byly „zapálené pro věc“. Jejich činnost je záslužná v tom, že se z prací dozvídáme o činnostech vrchních a staničních sester, o směřování myšlení sester, které posouvaly ošetrovatelskou péči dál.

Bašná (1969) ve své práci sledovala pracovní náplně staničních a vrchních sester, které dělila na činnosti odborného vedení pracovníků včetně výchovy a vzdělávání, na činnosti organizační, např. organizaci práce, rozmístění sester, plánování služeb a zajištění plynulého chodu oddělení, a na činnosti administrativně hospodářské. Jako vhodnou metodu jak poznat skutečný stav řídicí práce, doporučila pracovní snímky. V 70. letech se objevila snaha řešit pracovní zaměření, popis práce, náplň práce a rozsah kompetencí staniční sestry objektivně. Huřková (1970) se ve své teoretické práci zaměřila jen na popis kompetencí, které by staniční sestra měla mít, neboť není snadné vybrat z týmu sester dobrou staniční sestru. I když sestra disponuje dobrými teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi, není ještě zárukou, že funkci staniční sestry bude vykonávat dobře a kvalitně.

V roce 1971 byla formována nová pracovní charakteristika vrchních sester s vymezenými právy a povinnostmi v oblasti řízení, organizování a kontroly práce středních zdravotnických pracovníků (SZP), nižších zdravotnických pracovníků (NZP), pomocných zdravotnických pracovníků (PZP) a v zajišťování hladkého průběhu ošetrovatelské péče. To byl důvod ke vzniku studií zabývajících se hlubšími otázkami pozice vrchní sestry (Musilová, 1972; 1975). Dalším důvodem bylo formování nového pojetí ošetrovatelství zaměřeného na potřeby nemocných a nové role sestry ovlivněné změnami v technologických postupech, vědě i ve společnosti. Samotná praxe vrchní sestry si postupně vynucovala činnosti, které dříve nevystupovaly do popředí. Tak vznikla řada prací, které se zabývaly pracovní náplní vrchní sestry a její realizací v praxi.

Studie Musilové (1972) byla přínosná zejména v tom, že podala historický přehled vývoje pojetí vrchní sestry. Na ni navazovaly další autorky, především stran řešení konkrétních otázek spojených s pozicí vrchní sestry. Lašková (1972; 1976) se ve své závěrečné práci zabývala (při ukončení specializačního studia organizace a řízení) pracovními okruhy a činnostmi, které vrchní sestra vykonává v praxi. Člení je na organizační a řídicí činnost, odbornou ošetrovatelskou práci, základní ošetrovatelskou práci, služební rozhovory a práci se zdravotnickou dokumentací. Časové snímky („momentkové šetření“) ukázaly, že vrchní sestry konaly práce, které odpovídají

pracovní náplni jejich funkce, ale část pracovního času věnovaly také činnostem, které jejich pracovní náplni neodpovídaly. Šetření Podolské (1973) zaměřené na pracovní a časovou analýzu práce staniční sestry odpovědělo na otázky, zda je její existence na ošetrovací jednotce opodstatněná, jaké činnosti skutečně vykonává, a které úkoly by měla především plnit. Ukázalo se, že staniční sestry nevěnují dostatek času přímé ošetrovatelské péči a odborným zdravotnickým činnostem, neboť je od této činnosti odvádějí základní zdravotnické práce (např. osobní hygiena pacienta, úklid), pochůzky a částečně i práce se zdravotnickou dokumentací.

Tématem dalších šetření bylo řízení ošetrovatelské péče, výkony vedoucích na jednotlivých stupních řízení, jejich vzájemné vazby a vztahy (Kvášová, 1976). Musilová (1974) uveřejnila šetření kompetencí a stanovování nároků na znalosti, schopnosti a dovednosti vrchních sester. Rozsah činností vrchní sestry byl velmi široký, některé byly značně frekventované, jiné vykonávala sice zřídka, zato ale mohly mít klíčový význam. (Také proto byla problematika dalšího vzdělávání a přípravy těchto vedoucích pracovníků velice složitá.) Tím nutně vyvstala další otázka, a sice jaké činnosti vrchní sestra vykonává a jaký je jejich význam. Uspokojující metodika ke stanovení měřítek na profesní požadavky totiž nebyla zatím vytvořena a vyvíjející se klasifikace činností poskytovala pouze výchozí body. Tehdy se ve větší míře věnovala pozornost klasifikaci činností sester jako řadových pracovníků, méně pak vedoucích (hlavních) sester. Ačkoli jde o jiné činnosti související s vedením, řízením a odpovědností, pracovní náplň vrchních sester vycházela z obecných požadavků na vedoucího pracovníka, které vyplývaly ze zákoníku práce.

Vrchní sestra měla za úkol seznámit se s prostředím, ze kterého přicházela nově nastupující sestra, s jejími zájmy i angažovaností ve veřejných funkcích či společenských organizacích (Ondráčková, 1976, s. 493). Prokopová (1972) se zabývala otázkou přestupků, které vrchní sestry řeší. Dolenská (1979) zjišťovala soudobý stav přípravy nebo zapracování dětských sester pro funkci staniční sestry ve vztahu k délce praxe, získané kvalifikaci a věku.

Studie ze 70. a 80. let tedy do značné míry přispěly k ujasňování specifické role vrchní sestry, která byla ovlivněna oborem činnosti, jeho postavením v daném společenském zřízení, postojem občanů ke zdraví a socialistickými principy řízení. Štěpánková a Typnerová (1980) se zaměřily na sledování toku informací mezi vrchní sestrou a sestrami, což bylo dosti inspirativní, neboť práce s informacemi patří i dnes k nezbytné výbavě všech vedoucích pracovníků. Štěpánková se též zabývala otázkou

návaznosti činností a kompetencí staniční a vrchní sestry z hlediska řízení, problematikou velmi závažnou, reflektovala problém efektivního fungování jednotlivých stupňů řízení, koordinaci jejich práce, ale i vazby a vztahy mezi nimi (Štěpánková, Dolenská, Koudelková, 1983). Systematický výzkum pozice staniční sestry nebyl v pozdějších letech realizován. Až Marková a Eislerová (2000) zjišťovaly, jaké činnosti staniční sestra převážně vykonává a doložily, že více než polovinu její pracovní doby tvoří činnosti spojené s přímou či nepřímou ošetrovatelskou péčí a méně času věnuje manažerské činnosti. Rozsáhlejší výzkum potom provedli Jarošová, Lednický, Knopová (2002) ve zdravotnických organizacích Ostravského kraje, v němž analyzovali věkové kategorie sester-manažerek, jejich profesní vzdělanost, převládající vrozené a získané vlastnosti, převažující styl vedení a taktéž vliv profese na jejich zdravotní stav.

V letech 2002–2004 proběhla v rámci projektu Leonardo da Vinci mezinárodní srovnávací studie (Leonardo da Vinci 2004), zaměřená na pozici staniční sestry a její pracovní činnosti, na které jsem se podílela v roli koordinátorky pilotního místa Praha. Studie sledovala časové snímky pracovního dne staničních sester na dvou ošetrovacích jednotkách v 7 evropských zemích. Na základě prováděných analýz a komparací shromážděných poznatků lze popsat určité společné rysy manažerské pozice staniční sestry:

Oblast působení staniční sestry je bohatá a komplexní. V průběhu pracovního dne se staniční sestra při své práci setkává přibližně s 20 až 40 různými osobami. Řada těchto setkání je náročná a má dopad na péči o pacienty. Tato setkání ovlivňují pracovní atmosféru, koordinaci činností, respektování kvality procedur atd.

Práce staniční sestry není souvislá. Staniční sestra je velice často nucena svou činnost přerušit. Na základě pozorování lze tvrdit, že k přerušení její činnosti dochází v průměru každých 10 minut, včetně přerušení z důvodu telefonických hovorů. V některých případech k přerušení její činnosti dochází v průměru každých 4–5 minut, neboť je nucena provádět několik činností paralelně.

Na staniční sestru směřuje velké množství požadavků. Dokladem budiž, že členové ošetrovatelského týmu oddělení ve většině případů vyžadují odpověď obratem nebo ve velice krátkém termínu. Tyto požadavky vycházejí z předpokladu, že staniční sestra bude schopna velice rychle přejít ze silně emotivní pozice (zhoršení zdravotního stavu nemocného, konflikt s podřízenou) na pozici organizační, která bývá klidnější (řízení zásobování apod.).

Staniční sestra musí čelit nenadálým situacím a to proto, aby mohla činnosti koordinovat, ale také proto, aby mohla napravit nedbalosti, ztráty či opomenutí. Řešení takovýchto případů existují, ale nepravidelnost jejich výskytu může představovat problém. Tyto situace vyvolávají značné psychické vypětí, staniční sestry je vnímají jako stresující a zatěžující. (Leonardo da Vinci, 2002–2004)

Výzkum Kotrby (2010) představuje ucelenou časovou studii struktury manažerských a pracovních činností vrchních a staničních sester v nemocnicích v České republice pomocí autosnímkování pracovního dne. Ukázalo se, že staniční sestra vykonává administrativní činnosti, odborné ošetrovatelské a ostatní činnosti a do její kompetence patří i personální a manažerská činnost. Základními oblastmi pracovních činností vrchních sester, podobně jako u staničních sester, jsou administrativní činnosti, odborné ošetrovatelské činnosti, manažerské činnosti a ostatní činnosti. Vrchní sestry se zabývají především personální a manažerskou činností, plánováním, organizováním, vedením lidí a kontrolní činností.

Shrnutí

Vedoucí sestry pracují obvykle na třech manažerských úrovních, top management (vrcholový), middle management (střední) a lower management (první linie). Sestra-manažerka má pravomoci a odpovědnost v oblasti vedení a řízení ošetrovatelského personálu ve všech pracovních směnách a na všech ošetrovacích jednotkách. Za dnešní situace, kdy práce vedoucích sester zahrnuje ve větší míře i řadu manažerských činností, musejí především řídit ošetrovatelskou péči a vést své podřízené.

Zahraniční výzkumy se zaměřují především na vzdělávání sester-manažerek a na řízení a vedení ošetrovatelských týmů. V české odborné literatuře se setkáváme zejména od 70. let s šetřeními, která se zabývají pozicí staniční a vrchní sestry. V této době se formulovala teoretická východiska k pojetí profese sestry, k pojetí ošetrovatelství jako specifické vědní disciplíny a k pojetí realizace ošetrovatelské péče s ohledem na sledování potřeb nemocných. Zkoumání se soustředila zejména na pracovní náplně a výkon činností vedoucích sester. Šlo většinou o teoreticko-praktické studie, které řešily otázky postavení vedoucích sester v organizační struktuře zdravotnických zařízení,

jejich vzdělávání, jakož i otázky jejich výkonu a pracovních náplní. Ke zkoumání výzkumných cílů a sběru empirického materiálu byly používány nejčastěji postupy jako časové snímky, autosnímky, zjišťování postojů a názorů formou dotazníků a různých podob rozhovorů.

Problematika staniční a vrchní sestry byla odlišná v tom, že pozice vrchní sestry byla v řízení oddělení na rozdíl od staniční sestry vcelku jasná. Pozice vrchní sestry se poprvé objevila v tzv. monoprimariátech na počátku 20. století a odtud se utvářela a měnila až do současné podoby s rozvojem oboru ošetrovatelství, ošetrovatelské péče, vedení a řízení ošetrovatelských týmů. Výzkumné studie též ukázaly, že jak staniční, tak vrchní sestra vykonává v praxi činnosti, které striktně vzato ne vždy odpovídají jejich pracovní náplni.

Přehledová studie Štěpánkové, Dolenské a Koudelkové (1983) konstatovala, že v žádné práci (1969–1983) nebyly zachyceny odborné zdravotnické činnosti, sledování stavu pacientů, prvky jejich aktivizace, otázka zdravotní výchovy atd. Od druhé poloviny 70. let se výzkumná pozornost přesouvala od tematiky výkonu a pracovní náplně staniční a vrchní sestry ke sledování činnosti vedoucích na jednotlivých stupních řízení, jejich vzájemných vazeb a vztahů.

2 SPECIFIKA MANAGEMENTU V OŠETŘOVATELSTVÍ

Zdravotnictví se dynamicky vyvíjí a prochází reformami u nás i ve světě. Na zdravotní reformu jako součást širšího procesu společenské a politické restrukturalizace se zaměřují významné instituce např. Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), Světová banka a Světová zdravotnická organizace (WHO). Cílem je zlepšit zdravotní stav obyvatel a zároveň co nejefektivněji vynaložit finanční prostředky na zdravotní péči. Sestry-manažerky řídí a s určitou vizí vedou ošetřovatelský personál, plánují, organizují a kontrolují poskytovanou ošetřovatelskou péči, efektivně hospodaří se svěřenými materiálovými i finančními prostředky. Musí mít dobré znalosti kontextu zdravotní péče, vizi, jak by se měly zdravotní a ošetřovatelské služby vyvíjet, a navíc by se měly umět pohybovat v náročném a často stresujícím prostředí zdravotnických zařízení.

Management lze chápat obecně jako teorii a praxi řízení, soubor názorů, zkušeností, doporučení, přístupů a metod, které vedoucí pracovníci (manažeři, leadři) užívají ke zvládnutí specifických činností (manažerských funkcí), jež jsou nezbytné k dosažení záměrů organizace. Je to činnost, která mobilizuje lidské i věcné zdroje při respektování určitých norem, nákladů, kvality a lhůt k uskutečnění určité akce či projektu. Management je také umění dosáhnout toho, aby lidé udělali to, co je třeba (Gladkij, 2000; 2003; Armstrong, 2007). Jeho smyslem je dosáhnout produktivní práce lidí (Nový, Surynek, 2006; Armstrong, 2007; Cherry, Jacob, 2011), což znamená zajistit výkonnost pracovníků a kvalitu (jakost) produktu. Řízení je tvůrčí proces koučování a přenášení víry na ostatní pracovníky. V popředí je práce s lidmi, pozitivní vztah k řízení a kvalitní komunikace. Lze shrnout, že smyslem manažerské práce je produktivní činnost lidí a jejich inspirace. Sestra-manažerka zajišťuje podmínky pro kvalitní ošetřovatelskou péči, inspiruje a motivuje své podřízené sestry i další zaměstnance k realizaci změn a nových metod. Používá k tomu manažerské techniky a dovednosti, které přizpůsobuje daným podmínkám a požadavkům (Cherry, Jacob, 2011). Management v sobě zahrnuje i prvky umění, umění jednat s lidmi, vystupovat před nimi, schopnost řešit situace, rozhodovat se, což souvisí s individuálními schopnostmi manažera. Dá se tedy říci, že management je věda i umění, podobně jako ošetřovatelství (Cherry, Jacob, 2011).

Ohlédneme-li se do minulosti, bylo „vedení“ považováno za dědické právo. Králové a někdy královny nastupovali na trůn, aby vládli na základě rodové úmluvy o vzájemném následnictví spojené s dohodou o sňatcích dětí. Dědické právo na trůn připomíná teorii Great Man Theories, teorii velkých osobností, překládáno také jako teorie velkého člověka. (Marquis, Huston, 2009a). Do dvacátého století bylo vedení lidí založeno na paradigmatu velkých osobností. Předpokládalo se, že se schopností vést, řídit a ovlivňovat ostatní se vůdci již rodí. Vedení a řízení lidí je poměrně náročná a složitá činnost. Vztah mezi řízením a vedením je poměrně často diskutován, ačkoli se ukazuje, že je obojí důležité (Marquis, Huston, 2009b, s. 31–32).

Cummings (2008) uvádí, že vedení je proces, ve kterém dochází k nastavení skupiny nebo kontextu a zahrnuje dosažení cílů, které odrážejí společnou vizi. Vedení je tedy činnost, kterou vykonává vedoucí pracovník, aby dosáhl určitého cíle v součinnosti s ostatními spolupracovníky. Musí mít určitou vizi a v něco věřit. John Adair (2007), který je výraznou osobností organizačního leadershipu ve světě, uvádí tři oblasti potřeb pracovních skupin:

- Potřeba dosažení společného úkolu
- Potřeba být spolu a zachovávat pracovní jednotu
- Potřeby, které jednotlivci přinášejí do pracovních skupin

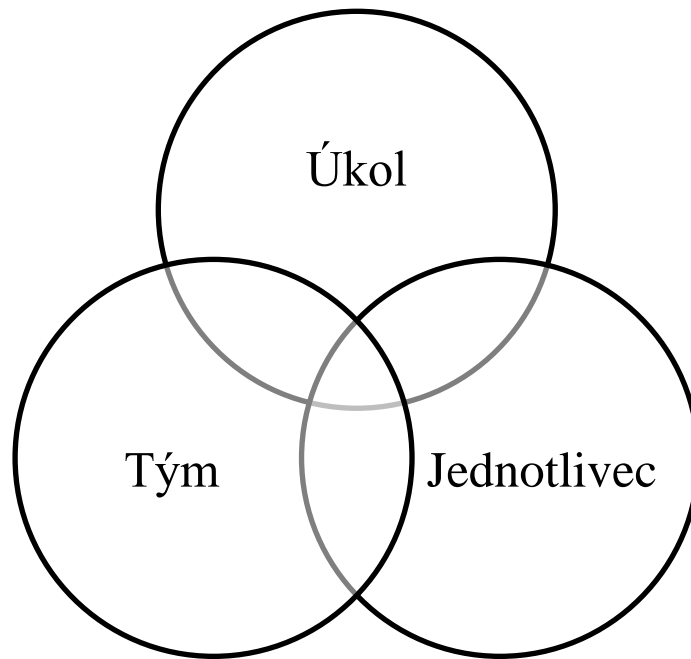
(Adair, 2007, s. 18).

Tyto oblasti potřeb (viz na následující straně Obr. 2: Tři oblasti potřeb) jsou interaktivní a dynamické, nikoli statické. Základní rámec tohoto systému je složen z částí: úkol-tým-jednotlivec, a odehrává se v určitém prostředí. Adair (2007) popisuje jako velký průlom vnímat tyto tři oblasti jako překrývající se kruhy. Tento model lze také aplikovat do managementu v ošetrovatelství: vedoucí sestra (leader), vede a řídí ošetrovatelský tým složený ze sester a dalších pracovníků k cíli, kterého má být dosaženo a kterým je kvalitní ošetrovatelská péče poskytovaná v souladu s platnými standardy, poskytovaná v prostředí zdravotnického zařízení na konkrétní klinice či ošetrovací jednotce.

Ve zdravotnictví jsou sice aplikovány obecné principy řízení, ale samotné zdravotnické organizace mají velmi výrazná specifika (budou podrobněji zmiňována průběžně v dalším textu). Je to více či méně složitě uspořádaná organizace zajišťující pro občany služby zvláštního druhu. Jak už bylo zmíněno v úvodu, zdravotnické zařízení, poliklinika, nemocnice jsou prosyceny silnými emocemi. Mísí se tu radost z právě narozeného života či uzdravení, smutek z právě sdělené závažné diagnózy i

beznaděj ze smrti blízkého člověka. Řízení ve zdravotnictví se týká preventivní, diagnosticko-léčebné i ošetrovatelské složky. Cílem je pokrýt individuální potřeby nemocných. Ruku v ruce s tím jde i ekonomicko-provozně-správní řízení, které zajišťuje fungování jednotlivých částí i organizace jako celku.

Obr. 2: Tři oblasti potřeb



Zdroj: podle Adair, 2007, s. 18

2.1 Strukturální změny managementu v ošetrovatelství

Řízení bylo před rokem 1989 všeobecně zpolitizované. Po razantních společenských proměnách se hned počátkem 90. let zřetelně ukázalo, že jde o oblast, která má svou akademickou platformu, včetně roviny výzkumné, a samozřejmě též bázi praktickou.

Managementu v ošetrovatelství se věnuje větší pozornost po roce 1989 a to i ve vzdělávacích programech ošetrovatelství, kdy do té doby některé otázky spadající do této oblasti řešil předmět organizace zdravotnictví. V teoretické rovině se tímto tématem v oboru ošetrovatelství velmi erudovaně zabývala např. Jarošová (2006).

Ještě v 70. letech se ošetrovatelská péče řídila cílem a plánem lékařské péče. Řízení ošetrovatelské péče vycházelo ze dvou principů:

- V socialistickém zdravotnictví je péče o zdraví postavena na zásadě nedělitelnosti medicínské praxe, která se promítá i do řízení.
- Zásada odpovědnosti jednoho vedoucího v organizaci je základním principem existujícího systému řízení a nositelem této funkce v systému zdravotnictví je lékař. Tato funkce není zastupitelná žádným jiným vysokoškolsky vzdělaným odborníkem. (Kvášová, 1973, s. 37)

Z těchto dvou principů vyplývalo, že ošetrovatelská péče byla neoddělitelnou součástí péče léčebně preventivní a její řízení neoddělitelnou součástí řízení celé medicínské linie. To nikterak nesnižovalo ani nevylučovalo význam a úlohu, kterou v procesu řízení ošetrovatelské péče hrála sestra-manažerka. Vedoucí sestra (později hlavní sestra / náměstek / náměstkyně pro ošetrovatelskou péči / ředitelka ošetrovatelské péče) byla součástí řízení Krajského ústavu národního zdraví (KÚNZ), Okresního ústavu národního zdraví (OÚNZ) a nemocnice s poliklinikou (NsP). Na vedoucí sestru delegoval ředitel uvedených organizací pravomoci a odpovědnost za úsek práce středních zdravotnických pracovníků. Rozsah pravomoci a odpovědnosti vedoucích sester na různých stupních řízení byl dán výnosem ministerstva zdravotnictví v roce 1971. (Kvášová, 1973) V průběhu doby došlo k určitému posunu v pojetí manažerských rolí, z převážně administrativně správního k organizačně řídicímu pojetí. Hlavním úkolem bylo zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči. Vedoucí sestra ve své pozici především plánovala a organizovala, vrchní sestra se zabývala spíše operativním řízením, obě pak vykonávaly kontrolní činnost. V 70. letech se v ošetrovatelství také objevuje termín *aktivní ošetrovatelská péče*. Součástí řízení aktivní ošetrovatelské péče byla výchova k aktivitě. Výchovné působení vedoucího pracovníka mělo být, co se týče cílů a obsahu v souladu se vzdělávacími institucemi. Hlavní okruhy řízení k aktivní ošetrovatelské péči byly následující:

- Pochopení změn, ke kterým dochází v ošetrovatelské péči a schopnost vést a vychovávat všechny kategorie zdravotnických pracovníků.
- Organizace práce spočívající v dělbě práce mezi jednotlivými kategoriemi a v návaznosti a spolupráci celého kolektivu (rozmístování zdravotnických pracovníků, režim pracovního dne, koordinace práce na ošetrovací jednotce). Motivace pracovníků formou odměňování, ale i pracovní náplní, stimuly morálně ideovými a společenskými.
- Výchova ke kázni, ale i k činorodé aktivní účasti na výkonu práce i životě kolektivu.

- Změna stylu práce vedoucího pracovníka (schopnost rozvíjet aktivitu při konkrétní práci, odhalovat rezervy, navrhnout nové způsoby řešení, prosazovat změny v organizaci práce, vychovávat k disciplinovanosti a tvořivosti myšlení). (Kvášová, 1976, s. 18–19)

Kvášová (1976) upozornila, že při řízení ošetrovatelské péče je nutné vycházet ze závislosti mezi pojetím ošetrovatelské péče a formami řízení ošetrovatelských týmů. Šlo o dělbu práce mezi jednotlivými členy týmu a zároveň o jakousi přidanou hodnotu návaznosti a kooperace celého týmu. Bylo důležité vytvořit podmínky pro aktivní ošetrovatelskou péči optimálním rozmístováním pracovníků, režimem pracovního dne a koordinací týmové práce v rámci ošetrovací jednotky (Kvášová, 1976). Úkolem v 70. letech na poli zdravotnickém, potažmo ošetrovatelském bylo zavedení nové metody práce, *vícetupňového systému ošetrování*. S rozvojem medicínských oborů po stránce vědecké a technické přibývala i sestře řada činností: obsluha složitých přístrojů, narůstání problémů organizačního charakteru ad. Vykonávala jak řadu úkonů jednoduchých, tak velmi složitých a náročných na provedení. Postupně se ukazovalo, že ošetrovatelskou péči v celém rozsahu nemusí vykonávat jen jeden typ (kategorie) pracovníků. Jednotlivé výkony ošetrovatelské péče mohou provádět pracovníci s různým vzděláním, kvalifikací a zkušeností (Staňková, 1981, s. 2–3). V principu vícetupňového ošetrovatelství se počítalo s ošetrovatelským týmem, který sestával z různých kategorií ošetrovatelského personálu, např. střední zdravotnický personál (SZP), tj. sestry, nižší zdravotnický personál (NZP), tj. ošetrovatelky, sanitáři/sanitárky a pomocný zdravotnický personál (PZP), tj. pomocníci/pomocnice. Důsledné zavedení vícetupňového ošetrování však vyžadovalo změnu ve způsobu práce zdravotnického týmu, změnu organizace provozu oddělení, ale hlavně změnu v myšlení především vedoucích pracovníků a pak pochopitelně i lékařů a sester. Cílem tohoto vícetupňového ošetrování mělo být získání času pro kvalitní péči o pacienta (Staňková, 1981, s. 2–7). V minulosti bylo složitou otázkou v oblasti řízení ošetrovatelské péče delegování úkolů a závaznost pokynů hlavní sestry (nyní náměstek/náměstkyně pro ošetrovatelskou péči) na podřízené vrchní sestry mimo linii „primářského“ řízení, což vedlo k závěru, že je potřebné jasné vymezení pravomocí. To bylo uváděno v organizačním řádu zdravotnického zařízení a později přímo ve funkčních náplních jednotlivých vedoucích, tedy i sester (Šnajdr, 1977).

Hierarchie nadřízenosti a podřízenosti ve zdravotnických zařízeních byla před rokem 1989 následující: hlavní sestra Ústavu národního zdraví (ÚNZ) byla podřízena

jeho řediteli. Ústavy národního zdraví měly nemocnice s poliklinikou (NsP), jejichž vedoucí sestra byla podřízena řediteli nemocnice, nikoli hlavní sestře. Vrchní sestra oddělení (kliniky) byla podřízena primáři, nikoli hlavní sestře. Hlavní sestra ÚNZ měla pravomoc usměrňovat činnosti vedoucích sester NsP, v oblasti ošetrovatelské péče vést a kontrolovat jejich činnost. Mohla tak konat z titulu svého postavení, jakožto „kvalifikované spolupracovnice a pomocnice ředitele ÚNZ při řízení práce SZP“ (Šnajdr, 1977, s. 529). Pravomoc vedoucí sestry byla tedy odvozována především z pravomoci ředitele ÚNZ a z jeho pověření. V 70. letech byla těmto hlavním sestřím přiznána určitá míra samostatnosti v rozhodování, ale nadále byly jak vedoucí sestra ÚNZ, tak vedoucí sestra NsP podřízeny řediteli ÚNZ či NsP. Z dobových materiálů se dozvídáme, že hlavní sestra ÚNZ „... v zásadních organizačních a všeobecně odborných otázkách vede, koordinuje a kontroluje práci vedoucích sester NsP.“ (Šnajdr, 1977, s. 529) Vedoucí sestra byla za plnění svých úkolů odpovědná řediteli NsP i hlavní sestře ÚNZ. Vrchní sestra oddělení „... v zásadních organizačních a všeobecně odborných otázkách odpovídá vedoucí sestře NsP“ (Šnajdr, 1977, s. 529), kdežto primáři, kterému je podřízena, odpovídá „... za odbornou úroveň práce středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků.“ (Šnajdr, 1977, s. 529)

Tato nejednoznačnost vymezení vztahů vedla v praxi ke kompetenčním sporům a nejasnostem. Ukázalo se, že vymezení úkolů a pravomocí v konkrétním organizačním řádu ÚNZ nebo ve stanovených náplních práce jednotlivých typů vedoucích mělo pro praxi zásadní význam (Šnajdr, 1977). Každý řídicí pracovník, vedoucí sestry nevyjímaje, byl považován za subjekt řízení socialistické ekonomiky. Vyžadovalo se od něho plnění úkolů při prosazování a uskutečňování hospodářsko-politických cílů komunistické strany a socialistického státu. Zajištění těchto úkolů se dělo přes systém výběru a přípravy kádrů. Vedoucího pracovníka, tedy i sestru, zavazovaly programové dokumenty, jako např. dokumenty sjezdu Komunistické strany Československa, usnesení strany a vlády, rady Krajského národního výboru, KNV, či Okresního národního výboru, ONV. (Šnajdr, 1977).

Po roce 1989 začaly být sestry na manažerské pozice vybírány ve výběrových řízeních, která vypisují zdravotnická zařízení. Jejich práva a povinnosti jsou dány zákoníkem práce, na který navazuje organizační a provozní řád zdravotnického zařízení. Jak popisuje též dokument Zdraví 21, po roce 1989 se v naší republice objevují i ve zdravotnictví nové trendy, např. postupující decentralizace, flexibilita řízení, větší autonomie zdravotnických zařízení a zavedení regulovaného trhu (Zdraví 21, s. 104).

Hlavními důvody kvalitativních změn ve zdravotnictví po roce 1989 jsou politické, ekonomické a sociální proměny celé společnosti, dokumenty Světové zdravotnické organizace a evropská zdravotní politika. Tyto v našem zdravotnictví nové fenomény kladou vyšší nároky na manažerské schopnosti, neboť vyžadují náročnější způsoby řízení, než byly uplatňovány v dřívějším systému hierarchické správy. Kromě toho je tu ještě koncepce tzv. regionalizace (viz zmiňovaný dokument Zdraví 21), kdy jednotlivá zdravotnická zařízení mají odpovědnost za identifikaci, realizaci a hodnocení specifických potřeb části populace, což vyžaduje, aby řídicí pracovníci disponovali též znalostmi z oblasti veřejného zdravotnictví (Holčík, 2009, Zdraví 21).

Řízení zdravotnických služeb a tedy i ošetrovatelské péče v nových podmínkách vyžaduje, aby řídicí pracovníci byly schopni jak koncepční práce, která vychází z humánních hodnot, tak i běžného operativního řízení. Naprosto nezbytné je, aby uměli vyjednávat a komunikovat s lidmi, jelikož komunikace patří k základním rysům práce ve zdravotnictví (Zdraví 21). Hlavní náplní práce vedoucích pracovníků je řízení lidských zdrojů (human resources management, HRM), které jsou jedním ze tří základních vstupů do zdravotnického systému (dalšími dvěma hlavními vstupy jsou finanční prostředky a spotřební materiál, léky apod., viz Kabene et al., 2006). Lidské zdroje jsou vstupem značně citlivým, neboť jejich znalosti, dovednosti a motivace zásadně ovlivňují kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb. Další nezbytnou podmínkou úspěšné zdravotní péče je potom systém vzdělávání a kvalifikace těchto lidských zdrojů (Armstrong, 2007; Kabene et al., 2006; Zdraví 21).

Výrazné změny ve zdravotnictví po roce 1989 totiž měly vliv např. též na rozsah povinností a úkolů vedoucích sester. Na počátku 90. let to bylo dosti obtížné, neboť neměly v manažerské oblasti dostatečné vzdělání. Ostatně ještě v roce 2004 jsme v rámci projektu Leonardo da Vinci zaměřeného na činnost staničních sester zjistili, že ve srovnání s některými evropskými zeměmi se u nás staniční sestry v daleko větší míře věnují přímé ošetrovatelské péči než řízení a vedení ošetrovatelských týmů (Leonardo da Vinci 2004).

V jednotlivých zdravotnických zařízeních je v současnosti ošetrovatelská péče řízena náměstkem/náměstkyní ředitele pro ošetrovatelskou péči (nebo jen náměstek/náměstkyně ošetrovatelské péče) či ředitelem/ředitelkou ošetrovatelské péče (před rokem 1989 hlavní sestrou). V některých zdravotnických zařízeních se používá pro tuto pozici název náměstek/náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické

profese. Struktura řízení ošetrovatelské péče (organizační struktura) závisí na vedení příslušného zdravotnického zařízení.

Management v ošetrovatelství a vedení lidí (leadership, viz dále) jsou v dnešní době dva klíčové prvky v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Management v ošetrovatelství využívá obecného pojmového aparátu managementu a aplikuje jej na jednotlivých manažerských úrovních ve zdravotnických organizacích do oblasti ošetrovatelské péče. Lze se setkat také s dalším pojmem, ošetrovatelský management, který znamená řízení ošetrovatelského procesu. (Někdy ale, též v případě konkrétního pacienta, jako např. management bolesti apod., se v praxi tyto dva významy občas zaměňují.)

Koncepce ošetrovatelství definuje ošetrovatelský management takto: „Nejvyšším metodickým článkem oboru je Ministerstvo zdravotnictví. Příslušný odborný útvar metodicky řídí a kontroluje ošetrovatelství v ČR. Vyjadřuje se ke všem zásadním odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetrovatelství a práce ošetrovatelského personálu v oblasti zdravotní a sociální péče. V jeho kompetenci je zřizovat a ustanovovat pracovní skupiny, komise, které plní funkci poradních orgánů při řešení problematiky oboru a připravují podklady pro rozvoj oboru. Členy pracovních skupin a komisí jsou zástupci ošetrovatelské praxe, profesních organizací a zástupci vzdělávacích institucí. V jednotlivých ústavních zařízeních je ošetrovatelská péče řízena náměstkyní/náměstkem pro ošetrovatelskou péči / hlavní sestrou. Struktura řízení ošetrovatelské péče uvnitř zdravotnického zařízení závisí na vedení příslušného zařízení.“ (Koncepce ošetrovatelství, 2004, čl. 3.6.)

Jak plyne z předchozího a bylo již několikrát zmíněno, zdravotnictví poskytuje občanům služby krajně specifické, služby v oblasti péče o jejich zdraví, proto jsou zde na manažerské pozice i další personál kladeny nejen vysoké, ale i krajně specifické nároky. Jak už jsem naznačila v úvodu, pro prostředí poskytování zdravotní péče je totiž charakteristický určitý rozpor, a to mezi beneficencí (dobro) pro pacienta a beneficencí pro společnost (Beauchamp, Childress, 2000c). Nemluvě navíc o dalších etických principech jako je nonmaleficence (nepoškodit nemocného člověka, viz Beauchamp, Childress, 2001b), respekt k autonomii nemocného (Respect for Autonomy, viz Beauchamp, Childress, 2001a) a spravedlnost (justice, viz Beauchamp, Childress, 2001d). Na manažery lékaře, sestry a ostatní jsou tedy ve srovnání s jinými odvětvími kladeny extrémně vysoké nároky na jejich profesní chování a rozhodování.

2.2 Základní funkce managementu v ošetrovatelství

Základní funkce managementu jako je plánování, organizování, kontrolní činnost a vedení lidí (leadership) manažeři vykonávají ve všech organizacích, ať už řídí nadnárodní firmu či zdravotnickou organizaci. Každá z těchto složek je důležitá a nemůže dost dobře fungovat bez ostatních. Prostředí ošetrovatelské péče zde ovšem navíc generuje, jak už bylo řečeno, určitá specifika, která v následujícím textu zmíním. Ve stejném duchu se zastavím u problematiky týmové spolupráce a otázek kooperace (viz 2.3 a 2.4), což jsou též dva důležité aspekty fungování naprosté většiny organizací, které však mají v kontextu zdravotnických, resp. ošetrovatelských týmů opět své typické podoby.

2.1.1 Plánování

Plánování je funkce managementu, která předchází výkonu všech dalších manažerských funkcí. Obsahuje stanovení cílů a naznačení cest, kterými lze dojít k jejich naplnění. Jinými slovy určuje, kde se právě nacházíme a kam jdeme.

Plánování je součástí práce každé vedoucí sestry na jakékoli manažerské pozici ve zdravotnické organizaci (Jarošová, 2006; 2007). Plánovací proces zahrnuje záměry a volbu cest a postupů, které naplní cíle a poslání zdravotnického zařízení, lze jej chápat jako na cíl orientovaný rozhodovací proces. Výsledkem funkce plánování je plán, ze kterého musí být jasné, čeho chceme dosáhnout a jak toho dosáhneme (Gladkij, 2000). Existenci a rozvoj ošetrovatelské péče o pacienty nelze ponechat náhodě, i když na druhé straně nelze zcela přesně odhadnout budoucnost a vzít v potaz všechny faktory, které zdravotní péči mohou ovlivnit. Plánování je proces, který vyžaduje od vedoucí sestry intelektové předpoklady, znalosti, přehled i určitý nadhled, aby mohla vědomě koordinovat průběh činností, efektivně rozhodovat na základě daných cílů a reálných odhadů (Gladkij, 2003; Corner, 2003). Plánovací proces ve zdravotnické organizaci můžeme charakterizovat z hlediska časového (krátkodobé plánování do 1 roku, střednědobé 1–5 let a dlouhodobé na období obvykle delší než 5 let) a z hlediska úrovně rozhodovacího procesu, tj. plánování strategické, taktické a operativní (Donnelly et al., 2000; Gladkij, 2003; Veber a kol., 2009). Časový horizont je ovlivňován např. velikostí zdravotnické organizace, složitostí organizační struktury, dlouhodobým investičním rozhodováním či úrovní konkurence.

2.1.2 Organizování

Organizace je účelné seskupení lidí, kteří se sdružují a koordinují své úsilí, aby rychleji a efektivněji dosáhli svých cílů. S pojmem organizace se setkáváme i ve zdravotnické instituci ve dvojitým významu.

Organizace jako proces znamená, že se na základě soustředění potřebných zdrojů (lidských, finančních, materiálních) vytváří, tedy organizuje produktivní celek. V popředí jsou dynamické procesy správní, ekonomické, technologické, technické, obchodní ad. (Gladkij, 2003; Jarošová, 2006) Druhý význam organizace jako struktury, znamená, že výsledkem uvedených procesů je určitá struktura, uspořádaný celek s jistými vzájemnými vztahy mezi jeho částmi a jasně vymezená hierarchie řízení. Obě podoby se vzájemně podmiňují. Organizace má společný cíl, existuje zde spolupráce a systém komunikace, přičemž organizování je umožněno existencí určité struktury, která se konkrétnímu procesu přizpůsobuje. (McDermott, O'Connor, 1999; Donnelly, at al., 2000)

Existuje řada typů organizačních struktur. Formální organizační struktura (Donnelly, at al., 2000), ve které je jednoznačně dána nadřízenost a podřízenost organizačních jednotek, odpovědnosti a pravomoci jednotlivých vedoucích, je obvykle deklarována pomocí organizačních řádů a charakterizována pomocí organizačních schémat ve zdravotnických organizacích. Neformální organizační struktura (Armstrong, 2007) vzniká spontánně na základě společných zájmů zdravotnických týmů a silně ovlivňuje spokojenost zdravotníků a dalších pracovníků s podmínkami na pracovišti, jejich morálku, chování a motivaci k práci.

Sestra-manažerka organizuje a řídí práci sester na úrovni ošetrovací jednotky podle určitých systémů poskytování ošetrovatelské péče, která souvisejí s počtem ošetrovatelského personálu, jeho vzděláním, ale také též s otázkou financování. Při pohledu zpět do historie lze zjistit, že se systémy ošetrovatelské péče odvozovaly od dobového společenského a profesionálního prostředí: případová metoda (système par cas), funkční systém (Functional Nursing, système fonctionnel), skupinová péče (Team Nursing, système en équipe), primární péče (Primary Nursing, soin integral), a case management (Beaumont, 1996, s. 36–38; Cherry, Jacob., 2011, s. 425–441). Vedoucí sestra by měla systémy ošetrovatelské péče dobře znát, být obeznámena s jejich klady i zápory, aby vybrala takový systém, který je pro konkrétní ošetrovací jednotku optimální.

2.1.3 Kontrolní činnost

Když se počátkem 20. století začínalo konstituovat podnikatelské řízení, Henry Fayol (1841–1925), generální ředitel alsaských dolů a hutí učil, že dobrý podnik se má uspořádat jako vojenská divize (Donnelly at al., 2000, s. 31; Veber a kol., 2009). Kontrolní činnost je nedílnou součástí práce vedoucích pracovníků na všech úrovních řízení ve zdravotnické organizaci. Než však přistoupí vedoucí sestra ke kontrole, měla by mít stanovena jasná kritéria, která určují žádoucí stav, tj. cíle, normy chování, standardy péče. Kontrolou by měla získat přesvědčení, že řízená realita (kvalita poskytované ošetrovatelské péče) se vyvíjí žádoucím směrem a bude dosaženo plánovaných záměrů. Předmětem kontroly mohou být jevy a procesy již uskutečněné, probíhající nebo budoucí. Kontrolní činnost může mít za následek přijetí korigujících opatření, nová rozhodnutí a změny organizačního uspořádání. Účelem kontroly není jen pouhé konstatování stavu sledované reality, tzv. zpětná vazba, ale především má preventivní charakter.

Každá zdravotnická organizace má svůj kontrolní systém, který přímo nebo nepřímo působí na lidské chování. Kontrolní systémy ve zdravotnických organizacích mají některé obecné rysy kontrolního systému: dohlížecí, monitorovací, evidenční systémy, hodnotící systémy, zpětné vazby, nápravná opatření, normy, standardy, pravidla, záměry, cíle a ocenění, odměny a sankce. (Gladkij, 2003; Veber a kol., 2009)

Vrcholový management využívá ve větší míře kontrolu nepřímou a zaměřuje se na kontrolu koncepčních, finančních problémů a kvalitu strategického rozhodování, což souvisí s kontrolou vnějšího okolí zdravotnické organizace (banky, státní orgány, pacienti, konkurenti).

Střední management svou činnost zaměřuje do operativního řešení úkolů a tomu je přizpůsoben i charakter kontrolní činnosti. Orientuje se na dílčí činnosti zdravotnické organizace v kratších časových intervalech. Operativní kontrolní procesy se zabývají hospodařením s finančními, materiálními a lidskými zdroji. Vrchní sestra na střední úrovni řízení je hlavní iniciátor operativní kontroly. Vytváří si vlastní kontrolní systém, který je zaměřen na konkrétní kontrolu (technické kontroly, nákup, skladování, personální záležitosti apod.).

Nižší management (první linie) svou činnost směřuje také do operativního řešení úkolů a tomu rovněž přizpůsobuje charakter kontrolní činnosti. Sleduje též dílčí činnosti v kratších časových intervalech. Operativní kontrolní procesy se zabývají hospodařením s finančními, materiálními a lidskými zdroji. (Veber a kol., 2009)

Staniční sestra kontroluje bezprostředně podřízené sestry a další personál. Podstatná část kontroly spočívá v ověřování, jak jednotlivé sestry a nižší zdravotnický personál a celý ošetrovatelský tým plní konkrétní úkoly v ošetrovatelské péči. Větší nedostatky v práci podřízených mohou nastat, chybí-li nad vykonávanou prací pravidelný dohled, kdy nelze výsledky práce adresně přiřadit konkrétním sestřám. Pozitivní výsledky naopak přinášejí taková opatření, která odstraňují anonymitu práce.

2.1.4 Vedení lidí (leadership)

Řízení lidských zdrojů znamená zajistit práci jednotlivých osob tak, aby odpovídala jejich kompetencím a probíhala v podmínkách, které přispějí k větší účinnosti práce. Vedení lidí, leadership, je charakterizováno jako efektivní využití lidských zdrojů, optimální sladění cílů jednotlivce a organizace v daném čase. (Jago, 1982) Zahrnuje komunikaci, vize a motivaci skupin ke společné práci. Být dobrým leaderem není vrozená vlastnost, která by byla zakódována v genech, ani dovednost, která sama přichází v momentě jmenování vedoucím, je to dlouhodobá a usilovná práce, hledání a nalézání a harmonický rozvoj sebe i druhých. (Veisová, Tóthová, 2010).

Počátky leadershipu jako metody se objevují již v době, kdy vznikala první státní uspořádání a bylo zapotřebí vytvoření vedoucích pozic. Ve starověkých civilizacích byl panovník uctíván jako moudrý muž a následován jako skvělý velitel a bojovník. Mimochodem počátky leadershipu pocházejí právě z armády. V průběhu staletí vývoje naší civilizace se objevil nespočet vynikajících leaderů ve všech oborech lidské činnosti (např. Galileo Galilei, Leonardo da Vinci, Albert Einstein). Jejich vůdcovství vycházelo přímo od nich samých, z jejich osobností a bylo považováno za jednu z lidských ctností. Na přelomu 19. a 20. století dostává leadership nový rozměr, tato přirozená vlastnost úspěšných lidí se stala vyhledávanou u vrcholových manažerů i vládních činitelů. Průmyslová revoluce nastolila obrovský zvrat ve směřování lidské civilizace a ve vznikajících firmách se objevila potřeba organizace a vedení pracovníků. Zpočátku byl leadership spojován s managementem, časem se však zjistilo, že ne každý manažer je i dobrým leaderem, což platí dodnes. Obecně lze shrnout, že úkolem manažera je starat se o vedení organizace a její zisk, kdežto leader se stará o vedení lidí a jejich potřeby (Veber a kol., 2009, s. 78–80).

Patří sem i rozmístění zdravotnického personálu v rámci zdravotnického zařízení a vztahu k pacientům a jejich zdravotním, sociálním a psychickým potřebám (Huber, 2006, s. 6). V zájmu ochrany investic do lidských zdrojů je třeba také věnovat pozornost klíčovému faktoru získávání osob pro zdravotnické služby (plánování pracovních sil). Předpokládá se úzká součinnost personálního oddělení a konkrétního vedoucího pracovníka. Pro kvalitní řízení lidských zdrojů má rozhodující význam kvalitní systém hodnocení pracovních výsledků. Souvisí jednak s kvalifikačním rozvojem pracovníků, ale je též podmínkou pro zavedení odměn za vykonanou práci.

Okolnosti provázející kariéru zdravotnických pracovníků jsou důležité, neboť ovlivňují jejich pracovní výsledky a tím i úroveň poskytovaných zdravotnických služeb. Vývoj kariéry by se měl řídit jasnými pravidly, která umožní horizontální i vertikální mobilitu. Je proto žádoucí, aby se zdravotničtí pracovníci, lékaři i sestry (a samozřejmě i další profese) mohli věnovat také výzkumu a výuce budoucích zdravotníků (Kabene et al., 2006; Armstrong, 2007; Zdraví 21).

Nejčastějšími styly (forma vztahu sestry-manažerky k podřízeným) leadershipu (viz na následující straně Obr. 3: Styly řízení a jejich orientace) jsou autoritativní, demokratický a liberální (franc. Laissez-faire, znamenající „nechte nás konat“).

Autoritativní styl odkazuje k direktivnímu chování a kontrolování, je založen na příkazech a jejich bezpodmínečném dodržování. Sestra-manažerka dělá rozhodnutí sama a dává příkazy podřízeným, aby provedli úkol nebo práci, radí se s nimi minimálně, dává přednost strohému formálnímu přístupu. Tento styl řízení je výhodný v krizových situacích. (Huber, 2006, s. 6–7)

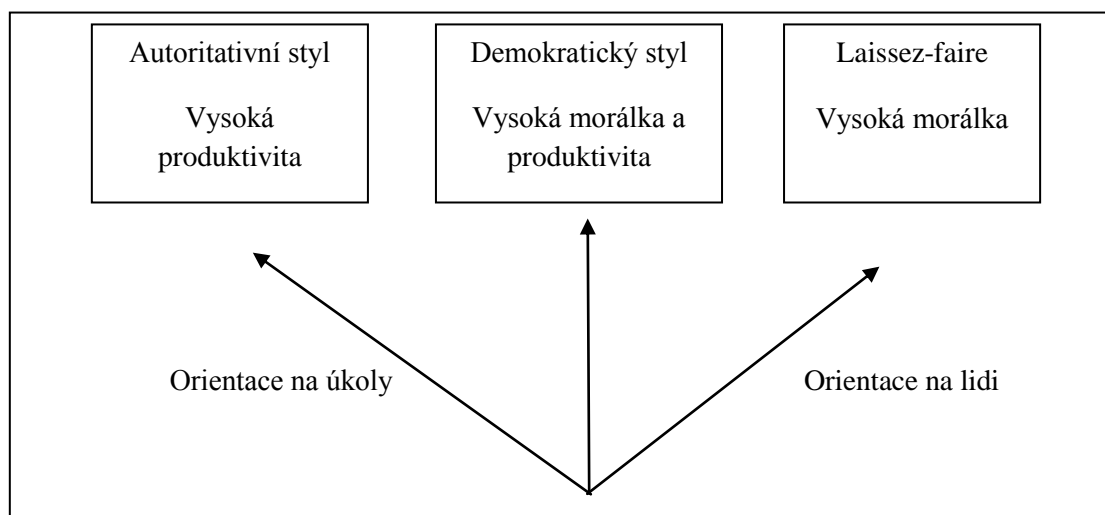
Demokratický (partnerský, participativní) styl je týmový přístup, kterým leader facilite, koordinuje materiální a lidské zdroje, ale též sdílí odpovědnost při rozhodování. Vedoucí sestra má přirozenou autoritu a spolupracuje s podřízenými, povzbuzuje sestry ke spolupráci, ale ponechává si prostor pro vlastní rozhodnutí. (Sellgren et al., 2006) V tomto stylu řízení a vedení lidí se preferuje tzv. cílové řízení (dlouhodobé zaměření činnosti) a delegování úkolů, pravomocí a odpovědnosti. (Donnelly et al., 2000) Je užitečný tam, kde zaměstnanci pracují společně a mají stanovené společné cíle (Huber, 2006, s. 6–7).

Vyznavač liberálního stylu řízení, tedy Laissez-faire leader, nezasahuje do rozhodování, nastavuje zásady podle priorit a někdy se projevuje jako nekompetentní (Huber, 2006, s. 6–7). Sestra-manažerka minimálně ovlivňuje činnost podřízených, vyhýbá se nepopulárním zásahům (kritika, sankce, rizika) a některá rozhodování nechává na podřízených. Tento styl řízení je vhodný u vysoce kvalifikovaných profesionálů, kteří ovládají dobře týmovou práci (Huber, 2006, s. 6–7).

Efektivní leadři jsou dynamičtí, vizionáři, odpovědní, flexibilní, motivující jednotlivce i skupiny. Budují týmové vztahy, vyvíjejí novou kulturu, jsou odvážní, čestní a důvěryhodní. Nejlepší cestou jak se naučit dovednostem leadershipu je vzdělávání a praxe. V ošetrovatelství je možné identifikovat dva typy leadrů, transakčního (transactional) a transformačního (transformational) leadra (Huber, 2006, s. 1). Transakční leadři pracují v existující organizační kultuře. Udržují status quo

prostřednictvím koordinace a řízení se zaměřením na každodenní operativu. Transformační leadři mají vliv na změnu organizační kultury, neboť jsou inovativní, mají charisma, individuální přístup a intelektuální potenciál k efektivním změnám (Huber, 2006 s. 1; Sellgren at al., 2006).

Obr. 3: Styly řízení a jejich orientace



Zdroj: podle Huber, 2006 (s. 6–7)

Efektivní leadři jsou také ti, kteří mohou změnit svůj styl vedení a řízení lidí a pracovní skupiny přizpůsobit potřebám situace. Sestry-leadři jsou vystavovány každodenně se měnící praxi. Pro ošetrovatelský leadership to znamená rozvíjet strategie, které pomáhají vyrovnat se se změnou a rozvíjet schopnost přizpůsobit se (Sellgren at al., 2006).

2.3 Týmová spolupráce v ošetrovatelství

Péče o zdraví má multidisciplinární charakter. Ten je v péči o pacienta výhodný a nutný a ať se týká lékařské či ošetrovatelské péče, znamená spolupráci odborníků z různých oborů. Umožňuje podívat se na problém zdravého i nemocného člověka z několika úhlů pohledu, takže o přínosu pro pacientův případ netřeba pochybovat. Jak výstižně uvádí Mount (2003, s. 42): „Péče o celého člověka vyžaduje, aby byl celým člověkem i pečovatel – než se takový objeví, využijeme tým!“

Týmová práce je nezbytným předpokladem kvalitní péče, a pokud se nevěnuje dostatečná pozornost týmové dynamice, pak lékaři, sestry a další členové multidisciplinárního týmu pracují pouze vedle sebe. Každý z nich k práci přistupuje ze své izolované a hájené pozice, dané jeho oborem. Zvyšování úrovně vnitřních vztahů ve zdravotnických týmech je nejen v zájmu pacientů, neboť přináší kvalitnější léčebně preventivní péči, ale též ku prospěchu zdravotníků samotných: vytváří lepší úroveň pracovních vztahů a příznivé prostředí. Týmová práce povzbuzuje k větší profesionalitě a převzetí odpovědnosti a současně umožňuje vnímání společné identity, uvědomění si jeden druhého. Dobrý tým odborníků tak lze chápat nejen, co se jejich odborné úrovně týče, ale i stran jejich schopnosti a motivace k týmové spolupráci. (Hayes, 2005) Pro nekomplikovaný průběh multidisciplinární péče jsou zásadně důležité jasně vymezené kompetence, o otevřené a kvalitní vzájemné komunikaci ani nemluvě.

V souvislosti s multidisciplinární péčí je třeba zmínit i další její aspekt, se kterým se lze ve zdravotnické organizaci setkat. Některé obory jsou zde chápány jako dominantní a některé jako méně výrazné či snad méně důležité, což může vyvolávat diferencované pohledy na jednotlivé obory i profese a vzájemnou spolupráci zkomplikovat či dokonce znemožnit. Gladkij (2003) upozorňuje na konflikty vznikající mezi jednotlivými zdravotnickými obory, které pramení z pocitu některých odborníků, že jedině jejich vlastní obor dělá tu skutečně užitečnou práci. Nutno také zmínit, že multidisciplinární tým se v jisté míře může potýkat též s nejistotou ohledně postavení jeho jednotlivých členů-odborníků. S tímto jevem je možné se setkat v posledních letech a souvisí s nárůstem a emancipací specializací zdravotníků-nelékařů. Nové disciplíny či jinak vzdělaní odborníci s jinými kompetencemi přicházejí do prostředí s určitým zaběhlým režimem, kde nebyla míra specializace zdravotnického personálu příliš velká nebo obvyklá.

Ovládání metod a nástrojů sloužících k rozvíjení týmové spolupráce by mělo být součástí kvalifikace vedoucí sestry. Předpokladem efektivní týmové práce na ošetrovací jednotce je vzájemná akceptace členů týmu a jasné vymezení kompetencí. V dobrých pracovních kolektivech sester můžeme pozorovat typické projevy týmového ducha. Všichni členové týmu se cítí jako příslušníci jedné pracovní skupiny, mohou se rozvíjet, existuje tu věcná odborná spolupráce v uvolněném sociálním klimatu, které je ve vhodný okamžik naplněno i humorem. Výkonnost je snahou všech členů týmu, vzájemně si pomáhají, povzbuzují se, poskytnou si zpětnou vazbu. Avšak musí být jasno v tom, kdo rozhoduje. Sestry by se měly s rozhodnutími nadřízených identifikovat

a ti by na druhé straně měli brát v úvahu jejich schopnosti a dovednosti, aby tato rozhodnutí nebylo nepřekonatelným problémem akceptovat. V pracovním týmu musí současně být jasně stanovena kritéria hodnocení i to, kdo je hodnotitelem.

2.4 Kooperace v ošetrovatelství

Kooperace je ve zdravotnické organizaci významný proces. Do popředí vystupuje především jako faktor efektivity lidského jednání. Základem je dělba práce a společné dosahování cíle na jednotlivých ošetrovacích jednotkách (Huber, 2006, s. 6–7). V procesu kooperace je společný cíl důležitější než cíl individuální. Kooperací ve zdravotnické organizaci se rozumí schopnost a zájem více osob, lékařů, sester, psychologů, fyzioterapeutů, nutričních terapeutů a dalších, sledovat společný cíl, kterým je návrat zdraví či udržení zdraví pacienta. Sestra sama pacienta nevyлéčí, musí kooperovat s lékařem a dalšími pracovníky, kteří se podílejí na pacientově úzdavě. Stejně tak lékař spoléhá na kvalitní spolupráci se sestrou a dalšími spolupracovníky, sám by jen těžko stihl podat ve správnou dobu léky, připravit pacienta k vyšetření, aplikovat injekce, vytvořit pro něho příjemné a vlídne prostředí a ještě s ním komunikovat a vlídne se usmívat. V případě kooperace vykazuje výkon zdravotnického týmu určitý přírůstek, tzn., není pouhým součtem výkonů jednotlivců.

Členové týmu by měli být připraveni uplatnit své dovednosti, např. sledovat cíl, přinášet představy, přejímat odpovědnost, respektovat mínění jiných, umět urovnávat konflikty, respektovat ostatní, kteří aktivně prokazují schopnost spolupracovat. Fenomén kooperace přináší zisk všem zúčastněným stranám a je významným faktorem efektivity zdravotnické organizace. Má příznivý vliv na pracovní i mimopracovní vztahy, působí pozitivně na postoje a emoce jednotlivých pracovníků a podporuje jejich vzájemné porozumění. Přispívá k vytváření zdárného pracovního klimatu zdravotnického a ošetrovatelského týmu i celé zdravotnické organizace.

Shrnutí

Manažerské struktury v ošetrovatelství prošly po roce 1989 podstatnými změnami. Hlavním důvodem byly politické, ekonomické a sociální proměny celé

společnosti. Nové poměry ve zdravotnictví zákonitě kladly vyšší nároky na manažerské schopnosti řídicího aparátu, neboť vyžadovaly náročnější způsoby řízení, než byly uplatňovány v předchozím systému hierarchické správy. Dvěma klíčovými prvky v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče jsou v současné době management v ošetrovatelství a vedení lidí (leadership).

Realizace základních funkcí managementu jako plánování, organizování, kontrolní činnost a vedení lidí je nezbytná v jakékoli organizaci, v podmínkách ošetrovatelské péče však vzhledem k druhu služeb, které poskytuje, je obohacena o řadu velmi specifických aspektů. Stejně tak další důležité fenomény jako týmová práce a kooperace získávají v oblasti péče o lidské zdraví své typické konsekvence. Svébytnost tohoto prostředí dokresluje např. to, že se zde setkáváme s etickými principy dobra, nepoškození pacienta, respektu k jeho autonomii a ideou spravedlnosti.

Zdravotnictví je sféra veřejností velice sledovaná a využití manažerských způsobů při práci ve zdravotnické organizaci není jednoduché. Nejedná se totiž např. o výrobní podnik a její vedení jen stěží může ovlivnit počty a věkovou strukturu pacientů. Obchodní strategie zaměřená na pacienty neúčinkuje vždy tak, jak slibují manažerské učebnice. Předpokladem dobrého fungování jakékoli firmy je optimální nastavení řídicích procesů uvnitř společnosti, což samozřejmě v plné míře platí i ve zdravotnických zařízeních. Jedním z důležitých pilířů fungování zdravotnické organizace je kvalitní střední a vrcholový management.

3 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER-MANAŽEREK

Vzdělávání sester-manažerek prošlo několika významnými etapami. V souvislosti s rozšiřováním pozic vrchních sester v nemocnicích se členky Spolku diplomovaných sester zamýšlely nad přípravou kurzu pro vrchní a vedoucí sestry nemocnic již v období první republiky. Kurz plánovaly na prosinec roku 1941, ale k jeho realizaci již nedošlo (Kafková, 1992).

Na začátku 50. let minulého století byla středním zdravotnickým pracovníkům uložena povinnost zúčastňovat se školení (Rástocká, 1975). K budování systému dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků přispělo, počínaje rokem 1956, zřízení organizačně-metodických oddělení Krajských ústavů národního zdraví (Rástocká, 1975). Významným mezníkem ve vzdělávání sester pak bylo založení Střediska pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v roce 1960 v Brně. Jeho činnost zaměřená na systematické a celoživotní vzdělávání byla zahájena v roce 1961. Od 1. ledna 1963 neslo středisko název Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, posléze Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků (Komínková, 1975), který se od roku 2003 stal Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, NCO NZO. Pro slovenské kraje měl podobný význam vznik Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov (s tímto názvem od 1. ledna 1963) v Bratislavě, který byl konstituován také v roce 1960, a o několik měsíců dříve než český. (Rástocká, 1975, Komínková, 1975)

Nebudu se věnovat celému rozsahu celoživotního vzdělávání na obou jmenovaných ústavech, zaměřím se pouze na specializaci, která připravovala sestry pro zařazení na funkční pozice. Po vydání zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu byla povinnost vzdělávat se zakotvena přímo v něm: „... při výkonu zdravotnického povolání se dále soustavně vzdělávat, účastnit se na vyzvání příslušných orgánů školení a podílet se na výchově a vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.“ (Zákon č. 20/1966 Sb., § 54, odst. C, zrušen 6. 11. 2011, od 1. 4. 2012 nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb). „Příprava zdravotnických pracovníků“ je cíl 18 programu Zdraví 21 s ústředním motivem: „... do roku 2010 zajistit, aby odborníci ve zdravotnictví i zaměstnanci dalších odvětví získali odpovídající vědomosti, postoje a dovednosti k ochraně a rozvoji zdraví...“, který byl vládou rozpracován. Do středu pozornosti se dostávalo vzdělávání

v ošetrovatelství, aby se přiblížilo systémům osvědčeným ve všech vyspělých zemích. Jeden z dílčích úkolů tohoto programu (konkrétně 18.3) byl zaměřen přímo na veřejné zdravotnictví (Zdraví 21, 2001).

3.1 Vzdělávání v oboru organizace a řízení zdravotnictví

Specializace v úseku organizace a řízení práce středních zdravotnických pracovníků (§ 41) zahrnovala studium poznatků z předmětů pedagogika, psychologie, právo, filozofie, sociologie a ošetrovatelské péče (Vyhláška č. 72/1972). Studujícím byly předávány znalosti a dovednosti zaměřené především na zvládnání nových forem pracovních postupů a na samotnou odbornost v řízení a organizaci. Pochopitelně nebyla opomenuta ani ideologická výchova jako neoddelitelná „... súčasť celého systému vzdelávania stredných zdravotníckych pracovníkov.“ (Rástocká, 1975, s. 594) Z dobových materiálů se lze dozvědět, že některé vedoucí sestry, konkrétně ze Středoslovenského kraje, získaly zmiňovanou specializaci studiem nebo i pouze politicko-odborným pohovorem (Rástocká, 1975).

Akademik Charvát se ve svém proslovu k 25. výročí vzniku středních zdravotnických škol vrátil k návrhu, který přednesl v roce 1971 jako zpravodaj na společném zasedání zdravotních a sociálních výborů České a Slovenské národní rady a ve kterém navrhoval tři kategorie „školených“ sester. U první by stačila dvouletá doba studia, požadavky by nebyly příliš vysoké, tyto sestry by pracovaly pod dohledem a v péči o nemocné by vykonávaly jednodušší úkony. Druhá, hlavní kategorie sester, by procházela dosavadním čtyřletým studiem na střední zdravotnické škole zakončeným maturitou. Třetí kategorie, nejvyšší, ale nejméně početná, by absolvovala pětileté vysokoškolské vzdělání. Již tehdy byly s vysokoškolsky vzdělanými sestrami dobré zkušenosti. Z nich, předpokládal akademik Charvát (1975), by se vybíraly vedoucí zdravotnické pracovnice na klinikách, v nemocnicích, v krajích, případně okresech či na ministerstvu.

Forma dlouhodobé přípravy středních zdravotnických pracovníků pro vedoucí funkce se v průběhu let měnila, v roce 1973 připravili odpovědní pracovníci ve zmiňovaných ústavech dalšího vzdělávání (viz úvod kap. 3) nástavbovou specializaci v úseku Organizace a řízení práce středních zdravotnických pracovníků. (Komínková, 1975)

Přínos tohoto specializačního vzdělávání pro vedoucí sestry zhodnotila Rástocká (1975) následovně: „... prehľbovanie vedomostí marxizmu-leninizmu ich naučilo správne pristupovať k riešeniu konkrétnych situácií z pozície vedeckého komunizmu; že dnes už vedia viesť a vychovávať svojich podriadených tak, aby ich konanie bolo v súlade s požiadavkami etiky socialistického zdravotníka. Získané vedomosti z psychológie vedia už používať vo svojej práci tak, aby oni a ich podriadení správne jednali s pacientami i medzi sebou navzájom.“ (Rástocká, 1975, s. 595–596) Opatření rozpracovaná v hlavních směrech zdravotnické politiky po XIV. sjezdu KSČ proklamovala, že směřují ke zvyšování úrovně zdravotnických služeb a zdokonalování jejich organizace. (Bašný, 1975; Rástocká, 1975) K plnění těchto cílů měly přispívat také Ústavy pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě, neboť „... dobrá politicko odborná příprava pracovníkov je jedným z predpokladov neustáleho zvyšovania starostlivosti o zdravie ľudu...“, jak se praví v jednom z dobových prohlášení na konferenci k 15. výročí založení Ústavu pro ďalšie vzdelávanie stredných zdravotnických pracovníkov v Bratislavě (Rástocká, 1975 s. 596).

Vyhlášky ministerstva zdravotnictví z roku 1966, 1972 a 1981 (Vyhláška č. 44/1966 Sb., vyhláška č. 72/1972 Sb., vyhláška č. 77 1981 Sb.) o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví uváděly stále více oborů, ve kterých bylo možné získat specializaci (viz Příloha A – Specializační studia). Problematika řízení se v 70. letech stala důležitou složkou dalšího vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Argumentace pro zavedení problematiky řízení do výuky byla pochopitelně poplatná době, takže se lze v odborném tisku dočíst, že „... v údobí výstavby rozvinuté socialistické společnosti závisí další vývoj také na tom, jak se podaří rozvinout schopnosti, energii, aktivitu a iniciativu všech pracovníků v souladu s celospolečensky stanovenými úkoly.“ (Štěpánková, 1976, s. 162) Pokud se setře dobový balast, vyloupne se jádro a důvody, proč se řízení dostalo do centra pozornosti vzdělavatelů sester. Nestačila jen empirická zkušenost, i když ani tu nelze primárně zavrhnout, ale bylo třeba seznámit budoucí vedoucí sestry s právy a povinnostmi vedoucích pracovníků včetně metod a forem jejich uplatnění. V manažerské práci rozhodují a ovlivňují svými rozhodnutími jednotlivé členy ošetrovatelského týmu, jejich výkon i výsledky práce celého týmu. Očekával se od nich aktivní přístup a spoluzodpovědnost za úroveň péče o zdraví. Vedoucí sestry byly vedoucími týmů, ale i koordinátorkami a vychovatelkami sester. A toho se nemohly zhostit jen na základě zkušeností získaných praxí. (Již Aristoteles řekl, že zkušenost na rozdíl od vědění ví, ale

neví proč.) K těmto zkušenostem bylo nutné přidat ještě teorii, informace o metodách a formách řízení, aby vedoucí sestry mohly svou zkušenost obohatit. Do kurzů a pomaturitního specializačního studia zařadila Katedra řízení a ekonomiky zdravotnictví v Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků též přednášky z teorie řízení (Štěpánková, 1976). Vzdělávání v této oblasti bylo zaměřeno také na rozvoj „... socialistické iniciativy, týmovou práci, řízení k vyšší výkonnosti a efektivity.“ (Štěpánková, 1976, s. 163) Znalosti vedoucích sester byly ověřovány prostřednictvím závěrečných prací, ve kterých řešily modelové situace řízení s využitím teoretických poznatků. (Štěpánková, 1976) Vedle specializačního vzdělávacího programu pro vedoucí sestry probíhaly ve zdravotnických zařízeních např. cyklické kurzy pro staniční sestry, které pořádala organizačně metodická oddělení příslušných zdravotnických zařízení.

Do zdravotnictví lze aplikovat obecné principy řízení, ale je nezbytné, jak již ostatně bylo zmíněno v předchozím textu, vzít v potaz také specifika zdravotnické péče, neboť zdraví, nemoc, cesta k úzdavě jsou fenomény, které nelze vždy měřit a vyčíslit. V ošetrovatelství byla situace složitější např. i v tom, že zde panovalo dvojí řízení tj., že nadřízeným tu byl lékař (primář) i vedoucí sestra, takže docházelo k určité nejednotnosti v řízení i ke kolizi příkazů, což činilo kooperaci velmi náročnou. (Marková, 2002) Řízení ošetrovatelské péče komplikoval též nedostatek sester.

Specializační vzdělávání je jednou z forem celoživotního vzdělávání, které je stanoveno v § 53 a § 54 zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, což je přelomový zákon pro sestry a jiné tzv. nelékařské obory. Specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti je definováno v § 55–60 výše uvedeného zákona. Účelem specializačního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků je získání specializované způsobilosti k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Financování specializačního vzdělávání dotací ze státního rozpočtu je upraveno v § 60, odst. a–d, zmiňovaného zákona. Obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti po získání specializované způsobilosti stanoví nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

Sestra může podle současné legislativy (§ 159, vyhláška č. 55/2011) získat specializovanou způsobilost bez odborného dohledu v oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví (Specialista v organizaci a řízení ve zdravotnictví). Specializační vzdělání umožňuje vedoucí sestře „... navrhovat cíle, strategie a politiku organizace, vykonávat činnosti spojené s řízením a organizací zdravotnického zařízení, řešit systémové otázky poskytování zdravotní péče, vykonávat činnosti spojené s tvorbou a realizací zdravotní politiky a návazností zdravotní a sociální péče, navrhovat koncepci svého oboru a aplikovat ji v praxi, analyzovat a interpretovat statistické údaje týkající se poskytování zdravotní péče a zdravotního stavu obyvatel a plánovat budoucí potřeby zdravotnických služeb, zavádět systém hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotní péče a jejího kontinuálního zvyšování, provádět činnosti v oblasti personalistiky a organizaci dalšího vzdělávání, zajišťovat plnění právních předpisů a standardů týkajících se činnosti zdravotnických zařízení.“ (Vyhláška č. 55/2011 Sb., Hlava XIX, § 159) Do specializačního vzdělávacího programu jsou zařazena témata jako role manažera, leadership, management kvality, projektové řízení, strategický management, hodnocení jako nástroj personálního řízení, efektivní vedení porad, řešení konfliktů aj. Studium je ukončeno obhajobou závěrečné práce.

Veřejné zdravotnictví leží mezi obory medicínskými a „nemedicínskými“, využívá a integruje poznatky různých vědních disciplín. Jeho základ tvoří řada medicínských a společensko-vědních oborů (klinických medicínských oborů, hygieny a epidemiologie, sociální medicíny, demografie, statistiky, sociologie, psychologie, organizace a řízení zdravotnictví, ekonomie, medicínského práva a dalších). Cílem specializační přípravy v tomto oboru je získání teoretických a praktických znalostí potřebných k výkonu řídicích a manažerských funkcí ve zdravotnické soustavě. Základním znakem, který veřejné zdravotnictví odlišuje od ostatních klinických medicínských oborů, je uplatňování přístupů k populaci, proto jsou pro něj typické intervence skupinové, populační, epidemiologické, preventivní či organizační (Šimůnková, 2012). Specialista ve veřejném zdravotnictví nemusí být nutně zdravotníkem. Například ředitel zdravotnického zařízení není zařazen v systému povolání jako zdravotnický pracovník, ale jako technicko hospodářský pracovník (THP). V roce 1992 vznikla v rámci Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) po vzoru zahraničních „Schools of Public Health“ Škola veřejného zdravotnictví (ŠVZ). Jde o moderní pracoviště, které vedle svých dalších aktivit realizovalo závažnou společenskou objednávku, systematické vzdělávání řídicích

pracovníků ve zdravotnictví, a které zajišťovalo specializační přípravu v nástavbovém oboru veřejné zdravotnictví. V uplynulých několika letech totiž nebyl tento atestační obor zařazen do systému specializačního vzdělávání (Vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů), a to proto, že zákony, které definují jednotlivé atestace, jsou zákony zdravotnické a pro zdravotnické pracovníky, takže kdo chce do této oblasti vstoupit, musí se stát zdravotnickým pracovníkem. Obor veřejné zdravotnictví přitom existuje nejen v rámci Evropské Unie, ale ve všech vyspělých zemích jako samozřejmá součást medicínského vzdělávání a jeho čtyřletá absence v České republice byla skutečně ojedinělou anomálií. Nyní je opět zařazen do specializační přípravy a je určen pro lékaře, kteří zastávají řídicí a organizační funkce ve zdravotnictví nebo se na ně připravují, a pro ostatní absolventy vysokých škol, pracující v řídicích a organizačních funkcích ve zdravotnictví (inženýři, právníci, farmaceuti, sestry). Vzdělávací program v oboru veřejné zdravotnictví nabízí směr manažerský (vybrané otázky financování zdravotnictví, zdravotní pojištění, ekonomika zdravotnictví, organizace a řízení zdravotnických zařízení) a směr prevence, podpory zdraví a komunitní péče.

Od května 2012 jsou v rámci evropského projektu realizovány třítydenní vzdělávací programy „Management a ekonomika ve zdravotnictví“ pro lékaře a nelékařské profese. Náplní kurzů jsou témata medicínského práva, ekonomiky a financování zdravotnictví, kvality zdravotní péče, strategického řízení a nácvik manažerských dovedností (leadership, komunikace ad.).

Od podzimu 2012 zahájila Škola veřejného zdravotnictví specializační kurz „Organizace a řízení zdravotnictví“ pro nelékařské profese. Vzdělávací program je určen pro zdravotnické pracovníky s odbornou způsobilostí podle zákona č. 96/2004 Sb. a jeho hlavním cílem je připravit účastníky k výkonu manažerských rolí a funkcí. Výuka je rozvržena do 24 měsíců a zahrnuje teoretickou a praktickou část, která probíhá na akreditovaných klinických pracovištích Thomayerovy nemocnice v Praze. Vzdělávací program obsahuje sedm odborných modulů zaměřených na zdravotní a sociální politiku státu, marketing, ekonomiku a financování, strategické řízení, personální řízení, kvalitu a bezpečí zdravotní péče. Studium bude zakončeno atestační zkouškou a obhajobou závěrečné práce, jejíž téma si zvolí student po dohodě se svým školitelem a mělo by odpovídat odbornému a profesnímu zaměření uchazeče. Škola má se vzděláváním vedoucích a řídicích pracovníků ve zdravotnictví dvacetiletou zkušenost. Výhodou je, že zájemci budou mít možnost absolvovat toto specializační

vzdělávání v Praze. Společně s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů bude škola připravovat např. společné atestační otázky (Šimůnková, 2012). Na vyšších pozicích ve zdravotnických organizacích (ředitelé, náměstci), kteří ovlivňují poskytování zdravotnických služeb, by vzdělání v oblasti veřejného zdravotnictví mělo být pro výkon funkce podmínkou. Podobně jako v zahraničí, kde je tato nadstavba ve vzdělávání formována do Master of Public Health (MPH), magistr veřejného zdravotnictví (Moser, 2008).

3.2 Project HOPE

Na vzdělávání manažerů v ošetřovatelství se podílel importovaný program Project HOPE (HOPE je akronymem Health Opportunities for People Everywhere – šance na zdraví pro lidi na celém světě.) Společnost byla založena v roce 1958, Project HOPE se zaměřuje na poskytování pomoci lidem při řešení zdravotních problémů.

Doktor William B. Walsh, MD., během druhé světové války sloužil jako lékařský důstojník na palubě torpédoborce. Byl konsternován špatnými hygienickými podmínky, které viděl v jižním Pacifiku, především utrpením a smrtí malých dětí, které by mohly přežít díky jen jednoduchým lékařským opatřením. Představoval si plovoucí zdravotní středisko, které by přineslo zdravotní péči, vzdělání a lepší péči komunitám po celém světě. V roce 1958 Walsh přesvědčil amerického prezidenta Eisenhowera, aby dal k dispozici nemocniční loď amerického námořnictva USS Consolation. Za 150 dolarů se sen na podporu společností a jednotlivců stal skutečností. V roce 1960 byla loď pronajata společností People to People Health Foundation a přejmenovaná na SS HOPE (Health Opportunities for People Everywhere). Organizace známá jako Project HOPE byla na světě. Během dalších dvou let byla SS HOPE vybavena pro svou novou roli mírového využití jako nemocniční loď (viz Příloha B – SS HOPE). Opanovali ji američtí lékaři, sestry a technologové, kteří předávali své znalosti a dovednosti lidem z rozvojových zemí, vzdělávali je a léčili. Konečně 22. září 1960 SS HOPE vyplula ze San Franciska. Jejím cílem byla Indonésie. Vezla tam moderní lékařskou péči a vzdělání. Později se plavila do méně rozvinutých zemí světa, jejími zastávkami byl Vietnam, Peru, Ekvádor, Guinea, Nikaragua, Kolumbie, Ceylon (Srí Lanka), Tunisko, Jamajka a Brazílie. Po jedenácté plavbě do Indonésie, byla loď vyřazena z provozu. Psal se rok 1974. Zatímco SS HOPE dosloužil, její duch žije dál prostřednictvím projektu HOPE a partnerství s americkým námořnictvem, které vysílá lékařské dobrovolníky po celém světě poskytovat zdravotní péči a zdravotní výchovu. Režisér Frank P. Bibas zachytil první plavbu SS HOPE v dokumentárním filmu s názvem Project HOPE. Film získal v roce 1961 Oscara za nejlepší dokumentární krátký film. (Boone, 2001)

Principem projektu je pomoci lidem tak, aby si pomohli sami, což připomíná čínské přísloví „Daruješ-li člověku rybu, nakrmíš ho na den, naučíš-li ho lovit, dáš mu potravu pro celý život“.

Hlavním posláním projektu HOPE („To achieve sustainable advances in health care around the world by implementing health education programs and providing humanitarian assistance in areas of need.“) je volně přeloženo realizace programů výchovy ke zdraví a poskytování humanitární pomoci v potřebných oblastech k dosažení udržitelného pokroku ve zdravotní péči na celém světě. (Project HOPE, www.projecthope.org)

Project HOPE poskytuje vzdělávání ve zdravotnictví a řídí humanitární pomoc ve více než 35 zemích. Vydává časopis se zdravotnickou problematikou Health Affairs. Americké webové stránky projektu (Project HOPE, www.projecthope.org) nesou heslo Delivering health education, medicines, supplies and volunteers where needed (Poskytování zdravotní výchovy, léků, dodávky a dobrovolníků v případě potřeby). V současné době má společnost sídlo ve státě Virginia v USA.

V České republice působí Project HOPE od roku 1991. (Výroční zpráva, 2010) Nejprve jako pobočka americké nadace The People-to-People Health Foundation, Inc. – Project HOPE a od roku 1999 je registrován jako obecně prospěšná společnost (Project HOPE – Česká republika, o.p.s.). Svě posláním vyjadřuje společnost slovy „Chceme pomáhat lidem tak, aby si byli schopni pomoci sami – s maximálním efektem a dlouhodobě.“ (Výroční zpráva, 2009, s. 15) Společnost vychází z tradic americké organizace.

Hlavní činností společnosti Project HOPE a tedy jejím posláním v České republice je organizování vzdělávacích programů pro pracovníky ve zdravotnictví formou přednášek a seminářů, konkrétně se věnuje vzdělávání v oblasti paliativní péče, nádorového onemocnění prsu a zdravotnického managementu. Další činností je humanitární pomoc poskytovaná formou zajišťování léků, zdravotnických potřeb, přístrojů a odborné literatury z darů určených pro zdravotnická zařízení v České republice a jejich pacienti. Vzdělávací programy společnosti Project HOPE „... jsou koncipovány s cílem vyškolit budoucí školitele, kteří budou nejprve pod vedením našich lektorů, později samostatně, předávat získané vědomosti a zkušenosti.“ (Výroční zpráva, 2008, s. 4)

Od založení společnosti byly realizovány tyto vzdělávací programy:

- Program HIV/AIDS: vzdělávací program pro Litvu – HELP (2006–2008)
- Program Řízení změn: Posílení role manažerů ve zdravotnictví (2000–2008)
- Program Řízení změn pro zlepšení kvality: Role středního managementu ve zdravotnictví v Lotyšsku a Estonsku (2002–2004)

- Workshop: Nádorové onemocnění prsu – školení školitelů (2003)
- Kurz Nádorové onemocnění prsu – určený pro praktické lékaře (2001)
- Program Multidisciplinární přístup k problematice nádorového onemocnění prsu (1998–2001)
- Kurz Radiodiagnostika karcinomu prsu (2000)
- Školení mladých onkologů ze střední a východní Evropy (2000)
- Kurz paliativní péče o onkologicky nemocné – zaměřený na zvýšení kvality života umírajících v terminálním stadiu převážně onkologických onemocnění a na podporu rozvoje hospicového hnutí v České republice (1996–1998)
- Kurz řízení v českém zdravotnictví pro vrcholové manažery českých nemocnic (1992–1997). (Výroční zpráva, 2009, s. 4–5)

Jedním z nejúspěšnějších programů společnosti Project HOPE v České republice se stal kurz určený pro top manažery a střední management ve zdravotnictví, který v letech 1992–2008 absolvovalo téměř 1000 zdravotnických manažerů. Vzdělávací program byl realizován ve spolupráci se společností Johnson & Johnson. Cílem programu „Řízení změn: Posílení role manažerů ve zdravotnictví“ bylo „... zvýšit manažerské schopnosti managementu zdravotnických organizací, např. lékařů-primářů, vrchních sester, či vedoucích ekonomických/administrativních pracovníků, a přispět tím k větší efektivitě zdravotnických organizací.“ (Výroční zpráva, 2007, s. 7–10) Projekt HOPE ukázal účastníkům kurzů, že „... organizace zdravotnictví je něco víc, než co bylo organizování zdravotnictví na principu marxismu leninismu a vědeckého řízení v tehdejší době...“, jak řekl v rozhovoru pro časopis Zdravotnictví v České republice ministr zdravotnictví ČR MUDr. Leoš Heger (Veřejné zdravotnictví je třeba pěstovat a rozvíjet, 2010, s. 82–84).

3.3 Vzdělávací projekty zaměřené na management ve zdravotnictví

V letech 1987 a 1989 bylo realizováno na Filozofické fakultě UK v Praze na Katedře výchovy a vzdělávání dospělých (nyní Katedra andragogiky a personálního řízení) jednooborové pětileté magisterské studium Péče o nemocné, určené hlavním a vrchním sestřám.

Po roce 1989 byla na vysokých školách akreditována řada studijních oborů se zaměřením na management ve zdravotnictví. Některé vedoucí sestry využily i této možnosti, aby si doplnily své vzdělání v oblasti vedení a řízení lidských zdrojů, nebo aby získaly úplné vysokoškolské vzdělání.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, existující od roku 1995, otevřela na jedné ze svých fakult, Fakultě managementu a ekonomiky (FaME), navazující magisterský studijní program Ekonomika a management v prezenční i kombinované formě studia. Jeden ze čtyř jeho oborů je Management ve zdravotnictví. Absolventi získávají znalosti a dovednosti potřebné pro kvalifikovaný výkon manažerských a ekonomických profesí v oblasti řízení zdravotnických zařízení, institucí a zdravotních pojišťoven, a to z pohledu domácího i mezinárodního prostředí s důrazem na teritorium Evropské unie. Absolventi mohou zastávat funkce při tvorbě strategických koncepcí, jakož i na jednotlivých stupních managementu řízení provozu a financí zdravotnických organizací a institucí veřejného sektoru jako nemocnice, pojišťovny, domovy pro seniory, neziskové organizace ve zdravotnictví, státní správě a samosprávě, v poradenských a konzultačních firmách, ve službách a v dalších sociálních, léčebných, pečovatelských a rehabilitačních zařízeních. Absolventi mohou ve studiu pokračovat v doktorandských programech (Univerzita Tomáše Bati, <http://web.fame.utb.cz>).

V roce 1996 zahájil Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci partnerství s Virginia Commonwealth University v Richmondu, koordinované Americkou mezinárodní zdravotnickou aliancí (American International Health Alliance – AIHA), jehož cílem bylo vypracovat studijní program Management ve zdravotnictví a využít amerických zkušeností pro budování sítě vysokoškolských výukových center, v nichž se budou vzdělávat profesionální zdravotničtí manažeři. Magisterský studijní program Ekonomika a řízení zdravotnictví, obor Management ve zdravotnictví, byl Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy akreditován v lednu 2000 jako první v České republice. Studijní obor je účelovou kombinací zdravotnických, ekonomických a dalších společenských věd. Je zaměřen na získávání znalostí manažerského typu, které profilují absolventy k samostatné a tvůrčí práci v řídicích a správních funkcích ve zdravotnických a souvisejících institucích. Je určen především pro zájemce s předchozím vzděláním v ošetrovatelských a jiných nelékařských oborech, získaných v bakalářských programech na lékařských, zdravotně sociálních a jiných fakultách se zdravotnickým zaměřením. Jedná se o navazující studium ve formě prezenční (dva roky, tj. čtyři semestry) i kombinované (tři roky, tj.

šest semestrů), kterým nevzniká způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle díky zákonů č. 95 a 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu lékařských a nelékařských zdravotnických povolání. (Univerzita Palackého, <http://www.upol.cz/fakulty/lf/struktura/pracoviste/ustav-socialniho-lekarstvi-a-zdravotni-politiky/management-zdravotnictvi/>)

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci je nejmladší a zároveň jedinou mimopražskou fakultou Vysoké školy ekonomické. Poskytuje vzdělání v bakalářském, magisterském a doktorském stupni studia. Jako jediná škola v České republice nabízí specializaci Management ve zdravotnictví. (více na Vysoké škole ekonomické, Fakultě managementu, <http://www.fm.vse.cz/>)

Bankovní institut, soukromá vysoká škola v Praze, nabízí v bakalářském programu Ekonomika a management studijní obor Ekonomika a management zdravotních a sociálních služeb. (více na Bankovní institut <http://old.bivs.cz/>)

3.4 Master of Business Administration

V 90. letech se i do naší republiky dostal vzdělávací program Master of Business Administration (MBA, M.B.A.) organizovaný Top Business School. Některé kurzy jsou orientované přímo na zdravotnictví. Pod heslem „Staňte se tím, kým chcete být“ nabízí Graduate School of Business (CMC) v Čelákovících systematické vzdělávací programy Management ve zdravotnictví pro všechny úrovně řízení ve zdravotnictví. CMC se zabývá vzděláváním ve zdravotnictví od roku 2001 a vzhledem k tomu, že je na trhu znám jako dlouholetý poskytovatel MBA, zahájil i tento vzdělávací program v oblasti zdravotnictví. Vzhledem k rozsahu aktivit oddělení vzdělávání ve zdravotnictví byla 21. října 2009 založena samostatná vzdělávací platforma pro tuto oblast Academy of Health Care Management (AHCM). Programy AHCM pro zdravotníky nabízejí osvědčené české a zahraniční zkušenosti prostřednictvím lektorů z české praxe, ale i z mnoha zemí Evropy a ze zámoří, např. z Německa, Rakouska, Itálie, Kanady a USA. Programy AHCM jim umožňují nejen se dále vzdělávat, ale vytvořit si cenné kontakty a podělit se o zkušenosti se svými kolegy z oboru (více na CMC Graduate School of Business www.cmc.cz/management-ve-zdravotnictvi). Kurzy jsou na komerční bázi a tedy poměrně drahé.

V této škole je od konce roku 2010 realizován systematický program ročního certifikovaného vzdělávání sester na vedoucích pozicích (či perspektivních pro tyto pozice) s názvem „Dynamický manažer v ošetrovatelství“. Uskutečňuje se ve spolupráci s Českou asociací sester a Auburn University School Nursing z USA a jeho cena činí 150 000 Kč.

Shrnutí

Vzdělávání vedoucích sester prošlo od 50. let minulého století do současnosti rozsáhlým vývojem, od nahodilých školení až po systematickou přípravu v rámci specializačního vzdělávání. Významným mezníkem ve vzdělávání sester bylo založení Střediska pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v roce 1960 v Brně. Povinnost vzdělávat se vymezil poprvé zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu.

V roce 1973 vznikla nástavbová specializace v úseku organizace a řízení práce středních zdravotnických pracovníků, která v průběhu času doznala změn. Některé sestry mají vzdělání i v oblasti veřejného zdravotnictví, které nabízí Škola veřejného zdravotnictví při IPVZ v Praze.

Po roce 1989 byla akreditována řada vzdělávacích programů na vysokých školách se zaměřením na zdravotnický management. Současné specializační vzdělávání umožňuje kvalitní přípravu v oblasti řízení a vedení lidských zdrojů, která v případě vedoucích sester je základem uskutečňování nezbytných a aktuálních změn v ošetrovatelské péči. Na vyšších pozicích ve zdravotnických organizacích (ředitelé, náměstci), kteří ovlivňují poskytování zdravotnických služeb, by mělo být podmínkou pro výkon funkce i vzdělání v oblasti veřejného zdravotnictví.

4 POPIS A VÝSLEDKY EMPIRICKÉHO ZKOUMÁNÍ

V této kapitole představím své empirické šetření, ve kterém jsem se zaměřila na profesní kariéru a manažerskou pozici vrchních sester ve zdravotnických organizacích. Při jeho realizaci jsem vyšla, jak bude později prezentováno, z návrhu kontextového uspořádání kvalitativně orientovaného výzkumného designu (Strauss, Corbinová, 1999).

V následujícím podrobnějším popisu budu definovat výzkumný problém a jeho konceptuální rámec, specifikovat cíle výzkumu a výzkumné otázky, zdůvodním zvolený metodologický přístup a výzkumný design, sběr dat a jejich analýzu, jakož i způsoby zajištění kvality zkoumání. Taktéž budu diskutovat specifika kvalitativního šetření i zásadní etické otázky jeho realizace a uvedu časový rámec výzkumu.

Kvalitativní přístup, který jsem pro své zkoumání zvolila (viz blíže 4.4), má své kořeny v humanitních a sociálních vědách (jako např. v kulturní a sociální antropologii, etnografii, sociologii, psychologii, pedagogice ad), ale přispívá též k rozvoji oboru ošetrovatelství. Přináší nové poznatky pro ošetrovatelskou praxi založené na důkazech (byť se orientuje spíše na proces než na výsledky), odpovídá na širokou škálu otázek týkajících se lidských reakcí na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy, které oblast ošetrovatelství zajímají (Ploeg, 1999). Kvalitativní výzkum tak hraje důležitou roli při hledání podnětů a informací významných pro praxi v ošetrovatelství a jeho uplatnění v segmentu medicíny narůstá (Bailey et al., 2002). Umožňuje získat hlubší vhled do postojů lidí, jejich chování, životního stylu, hodnotových systémů, jejich starostí, motivací, aspirací apod., neboť jeho zásadním principem je snaha lidské chování a důvody, které je řídí, blíže poznat, pokusit se je pochopit a porozumět jim. Pojem strategie, který v následujícím textu používám, chápu jako dlouhodobý záměr činnosti k dosažení určitého cíle, ve smyslu této práce tedy jako přínosný způsob jednání sester.

Termín strategie je odvozen z řeckých slov „strategos“, což byl ve Starověkém Řecku titul velitele armády, a slova „agein“ znamenající vést (Rejzek 2012). Strategie představovala určitý souhrn opatření potřebných k dosažení vítězství a překonání nepřítele.

Vyjadřuje více či méně promyšlenou cestu k dosažení manažerské pozice v závislosti na daných podmínkách a možnostech, definovaných samotnými sestrami.

Spojení „pracovní strategie“ zahrnuje etapy, jakými procházejí vedoucí sestry během své profesní dráhy.

4.1 Konceptualizace výzkumného problému

Základním výzkumným problémem realizovaného šetření jsou profesní dráhy a manažerské pozice vrchních sester ve zdravotnických institucích. Profesní kariéra a manažerská pozice jsou pojímány jako fenomény, které jsou vázány na kontext systému zdravotnického zařízení, a proto považuji za nezbytné tuto skutečnost zohledňovat a respektovat. Vycházím z charakteristik prostředí zdravotnické organizace, které je z hlediska podílu mužů a žen prostředím spíše ženským. Studie pracovních kariér a manažerských pozic vrchních sester je de facto analýzou profesních drah a podmínek pro tvorbu manažerských strategií sester na středním stupni řízení. Ve strategiích vedoucích sester se odráží struktura prostředí zdravotnické organizace s jeho pravidly a podmínkami. Přestože byly objektem zkoumání převážně ženy (viz blíže 4.6), odráží se v nich částečně i životní a profesní realita mužů – kolegů a partnerů vrchních sester. Manažerské pozice ve zdravotnickém zařízení, které jsou obsazeny sestrami, jsou považovány za běžné a typické pro ženy, podobně jako samotná profese sestry, která je také vnímána spíše jako doména žen. V kontextu transformace zdravotnického systému lze najít strukturální i postojové odlišnosti, podmínky a možnosti, které determinují dynamiku vývoje pozice vedoucí sestry, i procesy související s perspektivou změny jejího postavení ve zdravotnické organizaci. Výzkumnou pozornost jsem soustředila na vývoj a průběh profesní kariéry, vedení a řízení ošetrovatelského týmu. Na úrovni tohoto subsystému jsem manažerské strategie nahlížela z perspektivy zkoumaného subjektu s akcentem na interpersonální vztahy.

Jako výchozí poznatkový rámec pro své empirické zkoumání jsem zvolila poznatky a informace, které jsem vytěžila z analýz, jež byly předmětem předchozích tří kapitol. Pro připomenutí podotýkám, že se jednalo o problematiku základních manažerských pozic v ošetrovatelství (sestra-manažerka, staniční sestra, vrchní sestra) a o jejich reflexe v řadě publikovaných domácích i zahraničních výzkumných studií (kap. 1). Dále o ujasnění specifik základních funkcí managementu v podmínkách ošetrovatelství (včetně jejich strukturálních změn i problematiky kooperace a týmové spolupráce, viz kap. 2) a konečně o deskripci významných vzdělávacích programů

pregraduálního a celoživotního vzdělávání sester na ošetrovatelských manažerských pozicích (kap. 3). Vytváření tohoto teoretického rámce jsem započala v době plánování svého empirického přístupu. Stěžejní část teoretického kontextu jsem však zpracovávala až v průběhu samotného šetření, abych se nestala, jak píše Pelikán (2007, s. 91), „zajatcem svého očekávání“. V následujícím popisu této realizace kladu důraz jak na deskripci, tak na zdůvodnění konkrétních postupů a kroků, které jsem během zkoumání uskutečnila. V rámci doporučovaných etických pravidel uvádím všechny podrobnosti výzkumného designu, aby si čtenář mohl učinit vlastní závěry, do jaké míry je můj výzkumný postup akceptabilní a důvěryhodný.

4.2 Cíle výzkumu

Mou původní představou bylo zaměřit se na vedoucí sestry, tedy staniční i vrchní sestry. Samotné objekty mého výzkumného zájmu však určily jiný směr. Od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči fakultní nemocnice, ve které jsem s šetřením začala, jsem dostala tip na dvě vrchní sestry. Následný způsob výběru účastnic, tzv. metoda sněhové koule (viz podrobněji dále v 4.6), pak zafungovala tak, že vrchní sestra vybírala zase jen kolegyni vrchní sestru. (Při kvalitativní analýze manažerské pozice se později vynořilo právě Sdílení společných pracovních a manažerských problémů jako významná kategorie.) Cíl své studie jsem tedy na základě této skutečnosti poněkud přeformulovala: bude jím **analýza profesní dráhy a manažerské pozice vrchní sestry v závislosti na podmínkách zdravotnického zařízení a se zřetelem na rodinné zázemí**. Účelem zkoumání bude (1) porozumět hodnotám a postojům vrchních sester; (2) objasnit jejich rozhodovací strategie při volbě profesní dráhy; (3) zjistit dopady těchto strategií na konečné rozhodnutí; (4) pochopit, jak se vyvíjely kariérní manažerské dráhy vrchních sester; (5) definovat styl vedení a řízení ošetrovatelského týmu; (6) zmapovat, jak se prolínají a ovlivňují životní a pracovní dráhy vrchních sester a zejména, jak je z této subjektivní reflexe samotnými sestrami a z těchto vztahů tvořena jejich dlouhodobá pracovní strategie.

4.3 Základní výzkumná otázka a specifické výzkumné otázky

Základní výzkumná otázka vycházející z výzkumného problému a jeho cílů byla definována následovně: **Jak je utvářena profesní a manažerská kariéra vrchní sestry?** Zvolila jsem přístup explorativní a k obecné výzkumné otázce jsem hledala další souvislosti. Poměrně široké téma zahrnuté do výzkumné otázky jsem dále dekomponovala do několika specifických otázek:

- V jaké rodině vrchní sestra vyrůstala?
- Jak přistupovala k volbě své profese?
- Jaký absolvovala vzdělávací program?
- Jak prožívala začátek ve vedoucí pozici?
- Jaký styl vedení a řízení používá?
- Jaké problémy řeší nejčastěji při řízení ošetrovatelských týmů?
- Jakým způsobem se vzájemně vztahují, prolínají a ovlivňují rodinná a profesní dráha vrchní sestry?
- Jak obnovuje své fyzické a psychické síly?
- Jaké má plány do budoucna ohledně svého dalšího profesního vývoje?
- Jaké postoje zaujímá ke sdružování sester na společné platformě?

4.4 Volba metodologického přístupu

Ve výzkumu v oblasti ošetrovatelství se můžeme setkat s kvantitativním i kvalitativním přístupem. Jak je z výzkumné otázky a specifických otázek patrné, nezačala jsem výzkum s žádnou konkrétní hypotézou, která by se měla potvrdit či vyvrátit, ale spíše s úvahou o tom, jak se vyvíjela profesní dráha vrchní sestry, jaká je její každodenní realita a jak ji prožívá. Chtěla jsem tuto realitu dobře poznat, více ji strukturovat a posléze interpretovat v širším kontextu. Šetření jsem koncipovala jako exploračně deskriptivní. Vzhledem k jeho zaměření a formulovaným výzkumným otázkám jsem zvolila přístup kvalitativní, a to z několika důvodů.

Orientuji se na zkoumaný subjekt (vrchní sestra), který nahlížím jako synoptický celek. O subjektu uvažuji v rovinách: biologické, kulturně-historické, sociální, sociálně-psychologické, psychologické a intersubjektivní (Miovský, 2006, s. 78), neboť se současně pohybuje ve všech těchto rovinách. Zároveň uplatňuji holistický

pohled: vrchní sestra vstupuje do výzkumu s celou svou osobní historií, jejíž změny beru v potaz.

Subjekt výzkumu poznávám v jeho reálném pracovním terénu (**kontextuálnost**), což mi dovolí alespoň částečně nahlédnout do procesů odehrávajících se v konkrétním zdravotnickém prostředí. Nepracuji s měřitelnými charakteristikami, ale pokouším se zkoumaný fenomén nahlížet v pro něj autentickém prostředí a vytvořit jeho obraz v co možná nejkompexnější podobě (Reichel, 2009, s. 40). Určitou výhodou zde je, má znalost zdravotnického prostředí i práce sester.

Kvalitativní přístup umožňuje **porozumět zkoumanému fenoménu** a získat o něm detailní informace, v mém konkrétním případě odhalit profesní, manažerské a životní strategie sester na vedoucí pozici, které budují a rozvíjejí svoji kariéru, a poznat motivace, které za nimi stojí. A v případě, že chce výzkumník odhalit podstatu něčí zkušenosti s určitým jevem, je použití kvalitativního výzkumu vhodné (Strauss, Corbinová, 1999).

4.5 Specifika kvalitativního zkoumání

Jsem si samozřejmě vědoma limitujících faktorů kvalitativního přístupu, který sice nedává statisticky reprezentativní a širěji zobecnitelný pohled na problém, ale na druhé straně zase, pro potřeby mého zkoumání, umožní odhalit hlubší souvislosti a lépe pochopit, jaké motivy vedou sestry k výběru profese, jaký průběh má jejich profesní dráha, kde se objevuje jejich ambice řídit ošetrovatelské týmy, čím vším prochází sestra-manažerka, jaká je její každodenní realita, do jaké míry je možné skloubit péči o rodinu s náročnou prací sestry a později s manažerskou pozicí.

V kvalitativním výzkumu jde totiž o specifický popis problému a jeho relevantních dimenzí, jde o proces hledání pochopení, porozumění zkušenosti či průběhu interakcí (Disman, 1993, s. 304, Hendl, 2007, s. 46). Zvolený přístup mi tak zprostředkuje hlubší vrstvy zkušeností, postojů, názorů, pracovních a životních strategií vrchních sester. Pomůže identifikovat jednotlivé bariéry, stojící v cestě sestrám při budování profesní a manažerské kariéry, porozumět postojům a reakcím vrchních sester i způsobům vedení a řízení ošetrovatelských týmů. Nemůže ale pochopitelně dát jasnou odpověď na otázku, např. kolik procent vrchních sester ten či onen styl řízení používá. Další specifikum kvalitativního přístupu lze spatřovat v tom, že reflektuje daleko

citlivěji než kvantitativní strategie značný stupeň neurčitosti zkoumaného aspektu sociálního světa, neboť to, co je v sociální skutečnosti sledovatelné, je vždy výsledkem působení řady faktorů. To nutně platí i v mém případě. Při zkoumání profesních a kariérních drah vrchních sester proto musím vzít v úvahu, že vrchní sestry jsou součástí širšího kontextu, většího pole sociální reality, která je vícedimenzionální a proměnlivá.

Empirické údaje o zkoumané skutečnosti tedy budou poznamenány jistou mírou nepřesnosti. Získávané informace procházejí jakýmsi filtrem subjektivity (Reichel, 2009, s. 22), a to na mé straně, která informace sbírám, třídím a vyhodnocuji, tak na straně vrchních sester, které je poskytují. V této souvislosti je vhodné zmínit tzv. Thomasův teorém, který dokládá, že výpovědi účastníků určité sociální situace jsou svým způsobem modifikovány a poznat tyto mechanismy subjektivní reinterpretace je v podstatě nemožné. William Isaac Thomas, významný americký sociolog a sociální psycholog, jeden z představitelů tzv. „chicagské školy“, shrnul své badatelské zkušenosti do následujícího tvrzení: „Jestliže lidé definují situace jako reálné, jsou tyto reálné ve svých důsledcích.“ (Merton, 2007, s. 196) Obecně vzato není tolik důležité, jak věci objektivně jsou, nýbrž jak jim lidé rozumějí, jak je definují a jak podle nich jednají (Reichel, 2009, s. 23).

Zřetelným specifickým rysem kvalitativního zkoumání je konečně také to (což se však samozřejmě týká do značné míry i přístupu kvantitativního), že pracuje s těžko předvídatelnými jevy a procesy. Značný stupeň neurčitosti zatěžující tento způsob empirického zkoumání a jistá míra nepřesnosti dat plynoucí z oboustranné subjektivity při jejich získávání vede k tomu, že jeho výpovědi mají značně pravděpodobnostní charakter. Korektní důkaz kauzality v sociálních situacích je, zvláště pak v případě kvalitativního uchopení problematiky, obtížný a ve většině případů nemožný. (Disman, 1993, Reichel, 2009)

4.6 Výběr zkoumaného souboru

Způsoby výběru zkoumaného souboru bývají v kvalitativních přístupech především nepravděpodobnostní (non-probabilistic sample, Bryman, 2011, Lucas, 2012). V kvalitativním zkoumání obecně platí, že nikdy nevíme dopředu, jak přesně bude výběr vzorku vypadat, a způsob výběru se v průběhu šetření může i měnit. (Miovský, 2006) Tento princip výběru se shoduje s pojetím, pro které použili Glaser,

Strauss (2009, s. 28–52) termín teoretický výběr (autoři tento typ výběru popisují v kontextu metody zakotvené teorie) a prakticky se překrývá s podobou výběru vzorku užívaného v kvalitativních přístupech a nazývaného princip teoretického výběru.

Z tohoto pojetí jsem při realizaci svého šetření vycházela. To znamená, že na počátku jsem si určila základní způsob, jak získám jednotlivé zkoumané osoby. Hranice mezi nepravděpodobnostními metodami je tenká a v praxi je běžné, že se vzájemně prolínají nebo doplňují. (Miovský, 2006). Nejprve jsem použila **záměrný (účelový) výběr přes instituci**, ve které byla cílová skupina vedoucích sester, která mě výzkumně zajímala. Dále jsem soubor vybírala metodou **snowball** (sněhové koule), která je v oblasti kvalitativních metod jednou z nejpoužívanějších (Hartnoll, 2003, s. 19). Tento druh výběru bývá v literatuře zařazován mezi teoretické (Hendl, 2005, s. 151–152).

Základním východiskem bylo získání kontaktu na první objekty zkoumání. Ten zprostředkovala náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve fakultní nemocnici, kde výzkum probíhal tak, že nominovala dvě vrchní sestry. Jedna z nich ovšem účast na výzkumu odmítla z důvodu odchodu k jinému zaměstnavateli. Druhá s účastí ve výzkumu souhlasila a také určila další sestru atd. Pátá takto oslovená vrchní sestra však účast ve výzkumu neakceptovala. Rozhodla jsem se tedy kombinovat metodu sněhové koule se **záměrným (účelovým) výběrem**. Cíleně jsem vyhledala účastnici výzkumu podle příslušnosti ke skupině vrchních sester. V dalších fázích jsem se opět vrátila k metodě sněhové koule. Vzhledem ke zkoumané skupině vrchních sester je možné tento výběr považovat za v určitém ohledu reprezentativní, i když rozhodně nejde o reprezentativitu ve smyslu statistickém, ale spíše o jakousi reprezentativitu případovou, relevantní pro pozice vrchních sester.

V rámci výzkumného šetření bylo zpočátku zkoumáno celkem osm osob z klinických pracovišť ve fakultní nemocnici. Jednalo se o sestry v manažerských pozicích střední linie (vrchní sestry), které řídily pracovní skupiny (ošetrovatelské týmy) od deseti podřízených výše. Vedoucí sestry se pohybovaly v různých věkových kategoriích a jejich rodinný stav a počet dětí nebyl výrazně diferencovaný. Během zkoumání jsem opakovaně vstupovala do terénu a oslovila další vrchní sestry (viz dále 4.8.5). Zkoumaný soubor (viz na následující straně Tab. 1: Základní demografické charakteristiky výzkumného souboru) tedy tvořilo 9 vdaných žen ve věkovém rozpětí 36 až 59 let s dětmi, 1 rozvedená žena s jedním dítětem ve věku 38 let, 2 svobodné bezdětné ve věku 41 a 45 let a 1 svobodný muž 33 let. (Tento fakt si zaslouží malou

Tab. 1.: Základní demografické charakteristiky výzkumného souboru

Jméno	Věk	Vzdělání	Stav	Děti	Pozice
Nora	37 let	SZŠ, studující VŠ bakalářské	rozvedená	1 dítě	Vrchní sestra
Serena	49 let	SZŠ, VŠ bakalářské, studující VŠ navazující magisterské	vdaná	1 dítě	Vrchní sestra
Romana	59 let	SZŠ	vdaná	2 děti	Vrchní sestra
Evelyna	49 let	SZŠ	vdaná	1 dítě	Vrchní sestra
Kristýna	40 let	SZŠ	vdaná	2 děti	Vrchní sestra
Jiřina	41 let	SZŠ, VŠ navazující magisterské	svobodná	0	Vrchní sestra
Alena	37 let	SZŠ, VŠ bakalářské	vdaná	2 děti	Vrchní sestra
Petra	36 let	SZŠ	vdaná	2 děti	Vrchní sestra
Tamara	54 let	SZŠ	vdaná	2 děti	Vrchní sestra
Klára	51 let	SZŠ	vdaná	3 děti	Vrchní sestra
Gita	56 let	SZŠ, VŠ navazující magisterské	vdaná	2 děti	Vrchní sestra
Jindra	33 let	SZŠ, VŠ navazující magisterské	svobodný	0	Vrchní sestra
Barbora	45 let	SZŠ, VŠ navazující magisterské, PhDr., studující Ph.D.	svobodná	0	Vrchní sestra
Dona	Odmítla rozhovor				
Pipa	V době oslovení ve fakultní nemocnici již nepracovala				

poznámku: abych celý text nezatěžovala neustálým uváděním obou gramatických rodů, nahlížím zkoumaný soubor nikoliv genderově, ale z hlediska pracovních pozic. Jelikož jsou všechny zkoumané osoby vrchními sestrami, důsledně užívám ženský rod. Snad mi to jediný představitel opačného pohlaví promine.) Některé se nacházely na počátku kariéry a měly profesní ambice, jiné spíše bilancovaly svou životní a profesní dráhu, i když to nebylo vždy v souvislosti s odchodem do důchodu, spíš šlo o jakési průběžné bilancování.

Vedoucí sestry mají kvalifikaci v oboru všeobecná sestra získanou na střední zdravotnické škole, z toho 6 pouze toto vzdělání, 2 absolvovaly nebo studují bakalářské studium (obory všeobecná sestra, ekonomie), 4 mají nebo studují bakalářský (ošetřovatelství) i magisterský stupeň vzdělání (ošetřovatelství, supervize a řízení zdravotnických organizací), 1 je zařazena do doktorandského studia pedagogického zaměření. Z důvodu zajištění anonymity celého výzkumu a důvěrného charakteru poskytovaných informací jsou sestry uváděny pod jinými jmény a klíč k nim je uložen na místě bez možnosti přístupu dalších osob.

4.7 Získávání a zpracování dat

Způsoby získávání dat v ošetřovatelském výzkumu často korespondují s podobami získávání informací o pacientovi (Cuesta, 1983). Využívat např. pozorování či rozhovor (interview) patří do základní výbavy každé sestry. Technikou sběru dat, kterou jsem použila, byl **moderovaný rozhovor (interview)**. Miovský, (2006, s. 155–161) považuje interview za nejobtížnější a současně nejvýhodnější způsob získávání kvalitativních dat. Technika rozhovoru (interview) je poměrně hojně používána v řadě výzkumů např. na půdě psychologie, sociologie, pedagogiky, ale i v ošetřovatelství. Polostrukturované, částečně řízené rozhovory (též rozhovory pomocí návodu, viz Hendl, 2007, s. 174) byly vedeny se sestrami na střední manažerské linii.

Při přípravě interview (podzim 2011) jsem vytvořila strukturované schéma, jakýsi bodový scénář rozhovoru, které tvořilo celkem 84 otázek rozdělených do určitých celků: demografické údaje, dětství a osobní život, vzdělávací dráha, zaměstnání, rodina a práce, muži a ženy na pozici staniční / vrchní sestry, plat a životní úroveň, životní styl a všeobecné názory (Příloha C – Přehled otázek polostrukturovaného rozhovoru).

Otázky byly formulovány tak, aby nedávaly návod na možnou odpověď a nepředjímalý některé kategorie. Seznam otázek měl zajistit, aby v rámci rozhovorů, byla probírána všechna témata.

Před samotným rozhovorem jsem kontaktovala vrchní sestru nejprve telefonicky, vyžádala si její předběžný souhlas a informovala ji o účelu interview. Výběr prostředí i čas, kdy se rozhovor bude konat, jsem plně ponechala na její volbě. Chtěla jsme co nejméně narušit chod kliniky i její pracovní aktivity. Rozhovory probíhaly (2012 – 2013) v **autentickém prostředí** informantek, v jejich pracovních na klinikách ve velké zdravotnické organizaci. I když se některé vedoucí sestry mezi sebou znaly, pracovaly na různých klinikách a vzájemně nebyly o výzkumu informovány.

V úvodní části interview jsem zopakovala, proč žádám o rozhovor. Získala jsem písemný souhlas s jeho provedením a se způsobem fixace dat, v mém případě s pořízením zvukového záznamu prostřednictvím diktafonu. Před zahájením rozhovoru jsem s vrchní sestrou nezávazně konverzovala (komentovala např. svízelnou cestu po fakultní nemocnici), aby opadla počáteční nervozita a nejistota. Zahájení rozhovoru bylo snazší, protože zdravotnické prostředí dobře znám. Interview bylo vedeno v intencích přístupu sociálního konstruktivismu, kdy rozhovor je tvořivou interakcí mezi výzkumníkem a dotazovaným a dochází při něm k utváření interpretací vlastních zkušeností, reflexe, sdílení a uvědomování si své vlastní identity a světa, ve kterém žijeme. Rozhovory trvaly v průměru šedesát minut.

Interakce mezi mnou jako tazatelkou a dotazovanými vrchními sestrami v roli informantek nicméně nebyla jednoduchou záležitostí. Během rozhovoru sestry vyprávěly své příběhy a uchylovaly se přitom k jisté sebe prezentaci. K mému základnímu vybavení patřila vstřícnost, důvěryhodnost, empatie, flexibilita a schopnost sebereflexe. Pomohla mi předchozí zkušenost z vedení rozhovorů s klienty v psychoterapeutickém procesu, ale zároveň jsem se snažila reflektovat, abych nesklouzla do psychoterapeutického vztahu.

První rozhovor jsem vedla podle předem připraveného schématu a držela se otázek v daném pořadí. Zaznamenala jsem však již v průběhu rozhovoru, že sledování pořadí otázek odvádí mou pozornost od toho, co sděluje informantka. Sestavila jsem tedy posléze nový seznam otázek vycházející z pyramidového modelu Wengrafa (2001, s. 29–36; 72–73), který byl při jednotlivých interview jen vodítkem. Základní výzkumnou otázku (ZVO) jsem rozložila na specifické výzkumné otázky (SVO) a ty dále do tazatelských otázek (TO). Předmětem rozhovoru byly tazatelské otázky (Příloha

D – Upravené otázky polostrukturovaného rozhovoru), které měly umožnit dotazované vyprávět o tématech tvořících jádro výzkumu. Okruhy témat, na která jsem se chtěla zeptat, jsem dobře znala. Otázky jsem při každém dalším rozhovoru neformulovala stejně, jejich formulace se odvíjela od dané situace. Občas jsem se od otázek odchýlila a vyptávala se na další okruhy problémů. Otázky jsem nepokládala ani ve stejném chronologickém pořadí. Stávalo se, že informantka např. již na začátku rozhovoru odpovídala na otázku, kterou jsem se chystala položit až později. Řídila jsem se logikou odpovědí informantek a vývojem rozhovoru. Zjednodušený seznam otázek dovolil, abych se plně soustředila na interview a sledovala jeho linii. Rozhovor s návodem dovolil využít čas co nejvýhodněji, což bylo významné proto, že probíhal v pracovní době informantek. Současně umožnil provést dotazování strukturovaněji, pomohl udržet jeho linii, ale zároveň dovolil dotazované sestře uplatnit vlastní zkušenosti a perspektivy.

Polostrukturovaná varianta rozhovoru kombinovala výhody a minimalizovala nevýhody krajních forem rozhovoru, tj. nestrukturovaného, volného a strukturovaného (Reichel, 2009, s. 111–113). Jistá volnost v rozhovoru se jevila jako vhodná k vytvoření přirozenějšího kontaktu mezi mnou a dotazovanou. Dovolila akceptovat její osobnostní specifika a komunikace plynula lehčeji. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru byla také možnost klást doplňující otázky k odpovědím, které informantky poskytovaly na pevně strukturované otázky. Na druhé straně jistá míra formalizace dotazování potom ulehčila třídění údajů, jejich porovnávání a zobecňování.

O rozhovoru jsem si následně po jeho provedení dělala poznámky přibližující některé aspekty jeho průběhu, které jsem považovala za důležité. Při následné práci s daty jsem ale v analýzách nenašla pro tyto poznámky využití (Příloha E – Ukázku poznámek dokreslujících průběh rozhovoru).

Zvukové záznamy prvních rozhovorů jsem doslovně přepsala formou komentované **transkripce** s použitím vlastního systému zkratk a symbolů. Přepisovala jsem je bez úprav hovorové řeči, abych zabránila ztrátě některých významů. Získané zvukové záznamy jsem digitalizovala, aby mohly být dále upraveny (čištění záznamu od šumu apod.), a archivovala v počítači. Některé rozhovory jsem přepsala jen částečně a zbytek ponechala ve zvukovém záznamu. Při analyzování dat jsem pracovala s písemnou i zvukovou verzí. (Součástí této práce ovšem nejsou jejich přepisy, neboť obsahují citlivá data, podle kterých by bylo možno dotazované osoby identifikovat.)

O šetření jsem vedla **deník**, do kterého jsem zaznamenávala jeho průběh, analýzu dat, axiální a selektivní kódování, seznam a charakteristiku jednotlivých kategorií, jejich vlastností a dimenzí, návrhy paradigmatických modelů a teorie (viz dále o analýze dat prostřednictvím zakotvené teorie v 4.8).

Nejprve jsem provedla systemizaci získaného materiálu, tj. doslovnou transkripci audiozáznamů interview s vrchními sestrami a utřídění záznamových archů s vlastními poznámkami z rozhovorů (viz Příloha F – Seznam analyzovaných rozhovorů). Dalším krokem zpracování dat byly jejich dílčí úpravy, usnadňující práci s nimi. V první řadě to byla tzv. **redukce prvního řádu**, tedy transformace doslovné transkripce záznamu rozhovoru do plynulejší podoby s vynecháním vět, které nesdělovaly identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci (zvuky, slovní vata apod.). Před vlastním **kódováním dat**, jsem písemné a zvukové záznamy nejprve převáděla do významových jednotek. Při jejich počítačovém zpracování jsem používala techniku **podtrhávání významových jednotek** (viz Příloha G – Ukázka úpravy textu po přepisu individuálního záznamu rozhovoru). V průběhu šetření jsem prováděla různé úpravy a restrukturalizovala kódy vzhledem k nově zjištěným skutečnostem. Součástí zpracování bylo **editování**, doplňování poznámek, rozvedení popisu v záznamech, aby text byl plynulý a srozumitelný. Příprava dat pro kvalitativní analýzu se prolínala s jejich analýzou, protože jsem v jejím průběhu měnila způsob systemizace získaných dat, tvorby kódů a znovu a znovu jsem pročetla a poslouchala záznamy a přepracovávala je v závislosti na nově zjištěných poznacích, což jsou typické a nezbytné kroky při analýze dat prostřednictvím tzv. **metody zakotvené teorie** (viz následující 4.8).

4.8 Metoda analýzy získaných dat

Po konzultacích se školitelkou, metodologem a sociologem PhDr. Jiřím Reichelem, Ph.D., a prof. PhDr. Michalem Miovským, Ph.D., jsem se pro analýzu získaných dat rozhodla použít metodu Grounded theory amerických sociologů Glasera a Strausse (2009). „Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 14), to znamená, že je odhalena,

vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním dat o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů, které se vzájemně doplňují. V metodě zakotvené teorie jde především o exploraci a rozvíjení nových teorií. Tento proces nelze algoritmizovat nebo vymezit pevnými pravidly, neboť v sobě vždy nese prvky intuice a nejistoty (Hendl, 2007, s. 127). Použila jsem **metodu zakotvené teorie** podle Strauss, Corbinové (1999), která se pro účely mého zkoumání zdála být vhodná z toho důvodu, že jde o model orientovaný na jednání a změny.

Zkoumala jsem, jak už bylo řečeno, průběh profesní kariéry sester a dosažení manažerské pozice vrchní sestry a tyto fenomény v sobě zahrnují jak změnu, tak jednání. Jevy jsem studovala v jejich přirozených podmínkách a pokusila se jim dát smysl nebo je interpretovat v termínech významů, které jim vrchní sestry dávaly. Proces dotazování jsem směřovala k porozumění. Zároveň jsme nechtěla zůstat jen u deskriptivního popisu jevu, ale pokusila jsem se o formulaci teoretického modelu profesní a manažerské kariéry vrchní sestry. Cílem byla rekonstrukce významu jevu, který byl v centru mého zájmu, který však nemohl být zbaven vázanosti na subjekt, kontext a časovost. Daty pro zakotvenou teorii byly záznamy rozhovorů. Bylo zapotřebí více vstupů do terénu, tedy pořizovat rozhovory, zatímco ty již provedené byly analyzovány. Postup při vytváření zakotvené teorie byl následující:

- Vstup do zdravotnického zařízení s prvotními koncepty a představami o zkoumané oblasti, provedení prvních rozhovorů
- Zaznamenávání dat získaných rozhovorem a jejich studium
- Simultánní shromažďování dat a jejich analýza, hledání témat v prepisech rozhovorů
- Vytváření analytických kategorií na základě dat získaných z rozhovorů
- Další rozhovory s cílem upřesnit již vytvořené kategorie
- Porovnávání rozhovorů z hlediska klíčových momentů, kategorizace, integrace poznatků, zdokonalování kategorizačních systémů, zobecnění empirických tvrzení.

Metoda zakotvené teorie umožnila v rámci kvalitativní analýzy data získaná prostřednictvím interview integrovat. Analyzovala jsem případy, události a situace, nikoliv rozhovory a pozorování jako takové. V záznamech rozhovorů jsem identifikovala **významové jednotky**, čímž vznikla první verze příběhu. Významové

jednotky jsem rozdělila do dvou skupin (Příloha H – Ukázka identifikace významových jednotek). V první skupině byly tzv. deskriptivní údaje jasně sdělující svým obsahem určitý význam, který je jednoznačně popsateľný a od kterého se lze jen velmi málo odchýlit. Druhou skupinu tvořily tzv. interpretativní údaje obsahující významová témata, děje či pocity vrchních sester (viz Příloha I – Ukázka deskriptivních a interpretativních údajů). Jejich význam bylo možné definovat v kontextu, v jakém je účastnice rozhovorů použily. Vytvořené významové jednotky byly podrobeny korekci a upraveny. Po kontrole významových jednotek jsem postoupila k dalším krokům.

Popis jsem obohacovala o nové a nové skutečnosti, které jsem s každým dalším rozhovorem objevovala v nových souvislostech. Redukovala jsem tak riziko, že něco podstatného vynechám nebo, že nenaleznu reálné souvislosti zkoumaných jevů. Z významových jednotek jsem dále vytvářela **kategorie** a **subkategorie**. Zakotvená teorie disponuje sadou specifických kódovacích technik. Aplikace těchto technik je provázaná a představuje pohyb od nejjednoduššího ke složitějšímu, kdy nejjednodušším je otevřené kódování, následuje axiální a nejsložitějším je kódování selektivní. (Strauss, Corbinová, 1999, s. 42–105).

4.8.1 Otevřené kódování

Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia získaných dat (Strauss, Corbinová, 1999, s. 43). Během otevřeného kódování jsem data rozebrala na samostatné části a prostudovala. Vytvořila jsem pojmy (základní „stavební“ kameny vytvářené zakotvené teorie), kterými jsem označila jevy v textu. Záznamy rozhovorů jsem kódovala řádek po řádku. V této fázi analytické práce jsem pojmy identifikovala a rozvíjela ve smyslu jejich vlastností a dimenzí. Vlastnosti jsou charakteristikami kategorie a dimenze reprezentují umístění vlastností na nějaké škále. Například:

Kategorie	Vlastnost	Dimenze
<i>udržování kontaktu se sestrami</i>	frekvence výskytu:	<i>3x denně – 1x denně</i>
	míra:	<i>více – méně</i>
	intenzita:	<i>vysoká – nízká</i>
	doba trvání:	<i>dlouho 6 h. – krátce 30 min.</i>

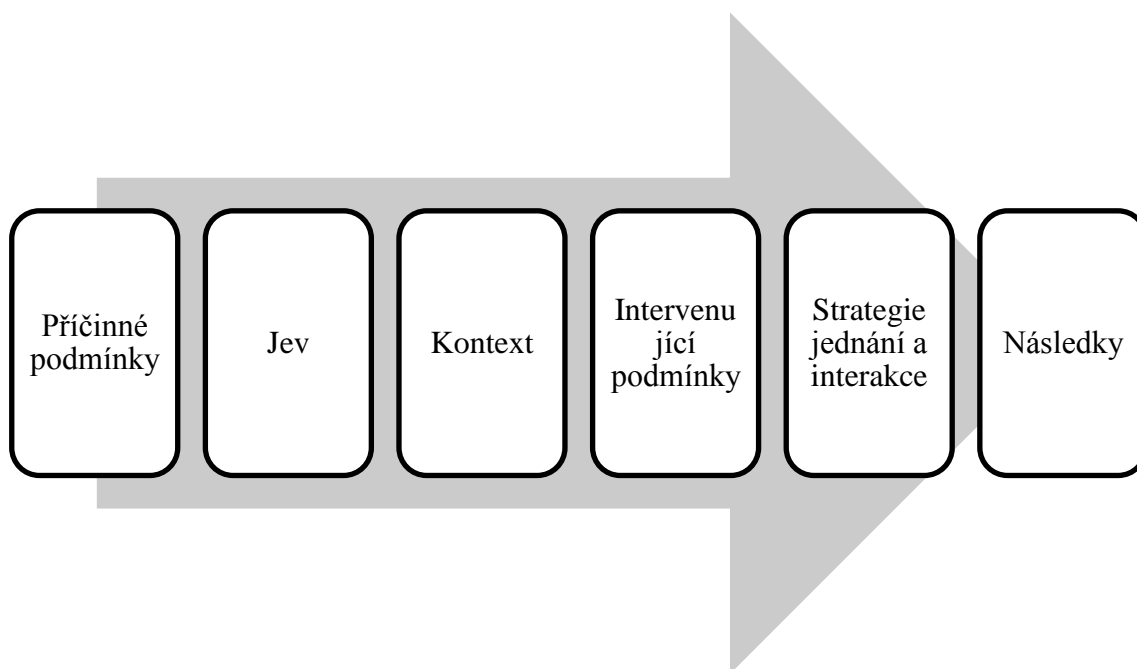
Základními analytickými postupy bylo kladení otázek o údajích a zjišťování podobností a rozdílů porovnáváním jednotlivých jevů. Podobné jevy byly označeny a seskupeny do kategorií. Opakovaně jsem se vracela k záznamům rozhovorů a kódům a upravovala je. Na této úrovni vzniklo množství pojmů a kategorií, které jsem shromáždila (viz Příloha J – Induktivně vytvořené pojmy, kategorie a subkategorie).

Názvy některých kategorií jsem vymyslela, aby co nejvíce souvisely s údaji, které zastupují, a byly dostatečně názorné (např. Sourozenectví, Leader třídy, Ukotvení v oboru, Vrchní velitel). Některé názvy jsem přebrala z odborné literatury (např. Staniční sestra, Selfmanagement). Mají sice tu výhodu, že jsou již plné analytických obsahů a přinášejí obecné významy, ale protože by jim mohl čtenář přikládat právě tento standardní význam, u jednotlivých názvů kategorií převzatých i vlastních uvádím jejich specifický teoretický popis (viz Příloha J – Induktivně vytvořené pojmy, kategorie a subkategorie). Dalším zdrojem pojmenování byla slova, která zazněla v rozhovorech s informantkami. Byla to slova natolik přiléhavá a chytlavá, že jsem je pro označení kategorií použila (např. Kolečko, Styčný důstojník, Sdílení).

4.8.2 Axiální kódování

Na otevřené kódování navazovalo axiální kódování, pomocí kterého jsem data znovu uspořádala novým způsobem prostřednictvím vytváření spojení mezi subkategoriemi a kategoriemi do souboru vztahů určujícího příčinné podmínky, sledovaný jev, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a výsledky či následky. K tomuto účelu se používá tzv. **paradigmatický model** (Strauss, Corbinová, 1999, s. 72), který zahrnuje: podmiňující vlivy, sledovaný jev, kontext, strategie jednání a interakce, následky (viz na následující straně Obr. 4: Paradigmatický model). Ve zjednodušené podobě vypadá následovně:

Obr. 4: Paradigmatický model



Zdroj: podle Strausse, Corbinové, 1999, s. 72

Použití tohoto modelu umožnilo o údajích systematicky přemýšlet a vzájemně je mezi sebou vztahovat. Vytvořené kategorie jsem zasadila do paradigmatického modelu následujícím způsobem (viz Tab. 2: Paradigmatický model):

Tab. 2: Paradigmatický model

Příčinné podmínky	Ústřední jev	Kontext	Intervenující podmínky	Strategie jednání a interakce	Následky
Sourozectví Leaderovství Ambice řídit	Vedoucí sestra	Hledání oboru; Střídání oborů (Kolečko); Ukotvení v oboru	Osobní a osobnostní předpoklady Manažerské zkušenosti; Znalost řízení a vedení	Manažerské strategie	Kvalita péče; Stabilní personál; Spokojený pacient

Spojování kategorií a jejich rozvoj se odehrávalo opět prostřednictvím kladení otázek a porovnávání, tj. postupů, které jsem použila již v předchozím kroku. Jednotlivé kategorie jsem přiřazovala k jednotlivým položkám paradigmatického modelu a uváděla subkategorie do vztahu ke kategoriím, protože se předpokládá, že určitá příčinná podmínka vyvolává určitou variantu sledovaného jevu, kategorie. Lze to ilustrovat na

příkladu subkategorie Ambice řídit, kterou jsem stanovila jako příčinnou podmínku jevu (kategorie) Vedoucí sestra.

Axiální kódování funguje jako pomůcka třídění získaných dat, nikoliv jako závazný model výkladu zkoumaných jevů. Způsob, jakým jsem naplnila paradigmatický model, byl cirkulární, nikoliv lineární, což Strauss, Corbinová (1999) připouštějí.

Dlužno ještě podotknout, že na tuto analýzu není jednoznačný odborný názor. Strauss, Corbinová (1999) axiální kódování prosazují, Glasser (2004) oponuje, že otevřené kódování vměstňuje do úzkého rámce kategorií. Miovský (2006), odborník na kvalitativní výzkum u nás, se přiklání k výkladu Strausse a Corbinové.

V další fázi selektivního kódování byly kategorie dále uspořádávány a přeskupovány.

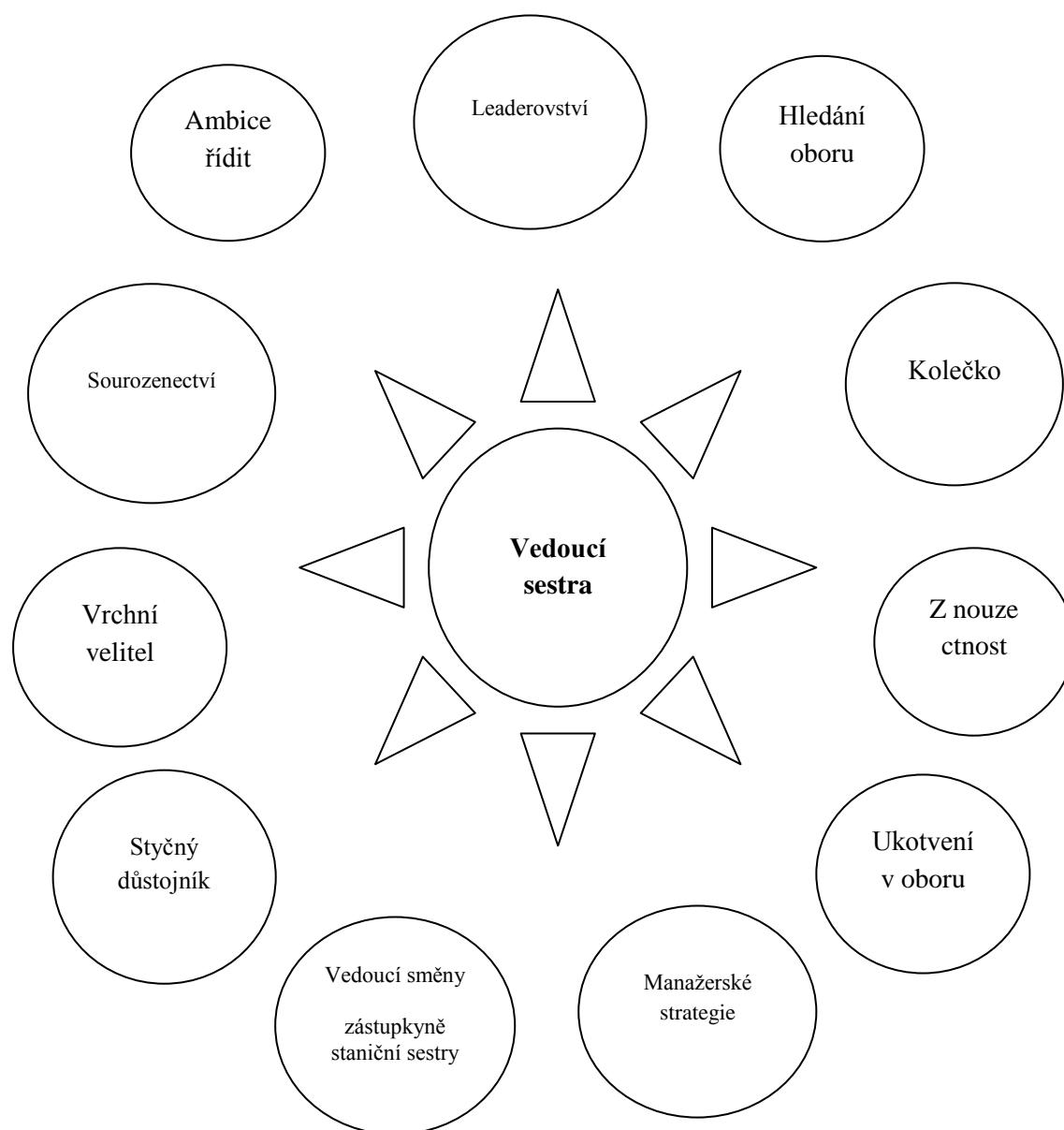
4.8.3 Selektivní kódování

Selektivní kódování je proces, ve kterém jsem vybrala jednu centrální kategorii, kterou jsem potom uváděla do vztahu k ostatním kategoriím. Kolem centrální kategorie je organizován základní analytický příběh (Strauss, Corbinová, 1999). Základ pro selektivní kódování jsem vytvořila pomocí předchozího axiálního kódování. Dospěla jsem k propracovaným kategoriím ohledně jejich charakteristických vlastností a dimenzí (viz Příloha K – Kategorie a jejich vlastnosti a dimenze). Abych mohla systematicky rozvinout obraz reality, který bude pojmový, srozumitelný a zakotvený, identifikovala jsem a vyložila **kostru příběhu** (viz Příloha L – Identifikace příběhu) a tím přešla od popisu příběhu k jeho konceptualizaci. Příběh jsem začala vykládat analyticky. Ze seznamu kategorií jsem vybrala tu, která pojala vše, co bylo v příběhu popsáno. **Ústřední jev** (centrální kategorii) jsem nejprve pojmenovala Vrchní velitel, ale tato kategorie nezahrnovala subkategorie Styčný důstojník a Vedoucí směny. Hledala jsem takové označení kategorie, které by zastřešilo uvedené subkategorie. Centrální kategorii jsem tedy pojmenovala Vedoucí sestra a všechny ostatní kategorie vztáhla k tomuto fenoménu. Vedoucí sestra představuje kategorii vedoucího pracovníka, který je na manažerské pozici ve zdravotnické organizaci oprávněn stanovit a ukládat podřízeným pracovní úkoly, organizovat, řídit a kontrolovat jejich činnost a dávat jim k tomuto účelu závazné pokyny. Cílem jejího působení je ošetrovatelský personál, jeho ovlivňování, usměrňování výkonu, kontrola, hodnocení, odměňování, řízení a vedení.

Původně jsem se rozhodovala mezi dvěma význačnými jevy, Profesní kariéra a manažerská pozice Vedoucí sestra. Strauss, Corbinová (1999, s. 90) doporučují rozhodnout se pouze pro jeden jev, neboť je velice obtížné i pro zkušeného badatele rozvíjet dvě samostatné teorie, mezi nimiž existuje vztah. Tento problém se řeší tak, že se vybere jeden jev, k němuž se ta druhá kategorie vztáhne jako pomocná. Zvolila jsem nakonec jev Vedoucí sestra, protože byl výrazný ve všech rozhovorech. Profesní kariéru jsem ponechala jako druhotný pojem, který ovlivnil a nasměroval sestru právě na onu manažerskou pozici.

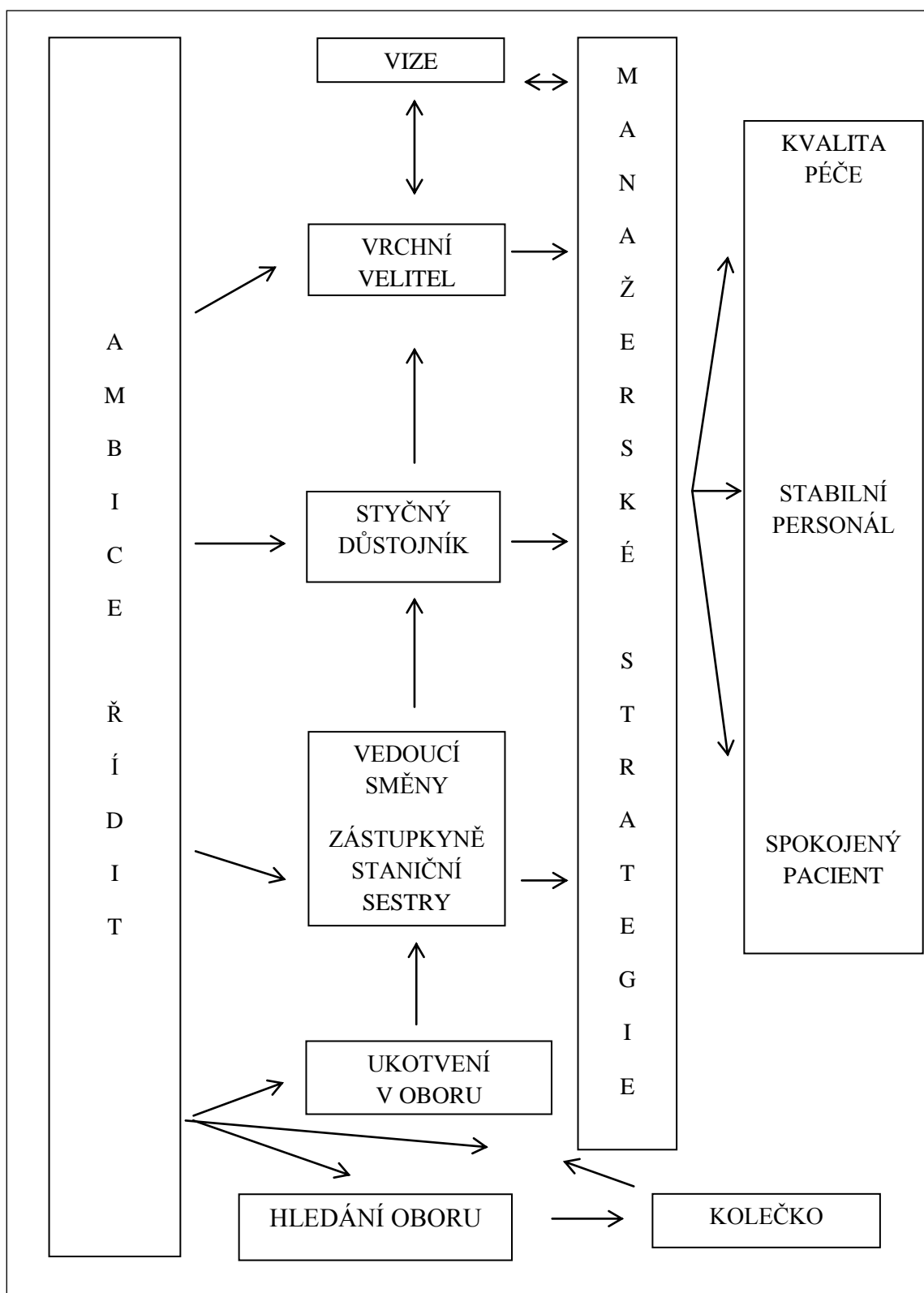
Rozhodnutí o centrálním jevu bylo velice důležité. Strauss, Corbinová (1999, s. 92) nazývají centrální jev maltou, která spojuje všechny složky teorie. Centrální jev je v jejich přirovnání jako slunce, kolem kterého jsou ostatní kategorie seskupeny (viz na následující straně Obr. 5: Slunce).

Obr. 5: Slunce



Dalším krokem této fáze analýzy bylo **uvedení pomocných kategorií do vztahu k centrální kategorii** za pomoci paradigmatického modelu, obsahujícího podmíněčné vlivy, kontext, strategie a následky (viz na následující straně Obr. 6: Paradigmatické vztahy), aby odpovídaly kostře příběhu.

Obr. 6: Paradigmatické vztahy



Pojmenování kategorií nemusí obsahovat paradigmatické termíny uvedené v paradigmatickém modelu (Strauss, Corbinová, 1999, s. 72–78). Skutečný vzájemný vztah mezi kategoriemi je mnohem složitější než prostá příčinnost způsobující následky, jak zde uvádím. A to vzhledem k souboru intervenujících podmínek, které situaci ovlivňují v různých momentech a vysvětlují, proč jedna vrchní sestra dosáhla určitého cíle za pomoci určité strategie, zatímco jiná nikoli. Posléze jsem učinila opět **návrat k příběhu**. Uspořádání a přeuspořádání kategorií ve smyslu jejich paradigmatických vztahů, aby odpovídaly kostře příběhu, uvádím v příloze (viz Příloha M – Návrat k příběhu).

4.8 4 Analytické kategorie

Vytvořené kategorie jsem uváděla do vzájemných vztahů (konceptualizace prostřednictvím pojmových vazeb) mezi sebou navzájem a jejich subkategoriemi. Pomohly k tomu prvky paradigmatu (viz část 4.8.2): podmiňující vlivy (podmínky), kontext, jednání/interakce (včetně strategií) a následky. U jednotlivých kategorií uvádím jejich vlastnosti. Provázanost kategorií vytvářenou teorií blíže vysvětluje. Následující text je doplněn citacemi z rozhovorů (odlišeny kurzívou), které ukazují a porovnávají jednotlivé dimenze analytických kategorií (označeny tučně) a postupů a dokreslují argumentaci jednotlivých strategií vedoucích sester.

Rodinné konstelace – vícečetná rodina

V rozhovorech jsem se zaměřila na základní rodinu informantek, neboť životní cesta (včetně pracovní) je silně ovlivňována událostmi a vzorci z rodinné historie. Hledala jsem v příbězích vrchních sester, zda byly ovlivněny např. při výběru profese. Informantky pocházejí z rodin, kde vyrůstalo více sourozenců, dva až šest. Kategorii **vícečetná rodina**, která vyjadřovala, že je v rodině matka, otec a sourozenci, jsem později přesněji nazvala **sourozectví**, neboť jsem zjistila, že v základních rodinách některých vrchních sester závisela výchova pouze na matce (**matriarchální rodina, bez mužského vzoru**), otec se od rodiny odstěhoval (později se i vrátil, jako např. u informantky Romany) nebo zemřel.

„... Nás vychovávala, část těch dětí, tři děti vychovávala sama matka...“
(Romana)

„... Otec, když mi bylo 12 let, tak zemřel. Maminka nás vychovávala sama. Mám ještě dvě sestry.“ (Serena)

Informantky v rozhovorech neuváděly nikoho z rodiny jako vzor (**žádné vzory**) pro budoucí výběr profese. Rodiče byli středoškoláci, spíše výjimečně byl jeden z rodičů vysokoškolák (nejčastěji otec), zdravotnické vzdělání neměli.

Sourozenectví – ambice řídit

Domnívám se, že právě toto **sourozenectví** jako vztah je ovlivnilo v dětství a dospívání, kdy prožívaly trénink různých způsobů interaktivního sociálního chování, musely spolu komunikovat, kooperovat, vyjednávat, soutěžit, soupeřit, vynikat nad ostatní, hájit své zájmy a potřeby, přizpůsobovat se jeden druhému, dělit se, prohrávat, snášet se, ctít a držet pospolu.

*„Ale asi tím, že jsem byla odstrkovánek, jsem se drápala dopředu. Myslím, že jsem si musela všechno vybojovat, jak přízeň matky, otce, protože přede mnou byla řada dalších. A tak jsem se to asi naučila, anebo to už mám geneticky. Vždycky jsem se snažila něco **víc** [důraz] a vždycky jsem to od sebe očekávala.“ (Romana)*

Leader třídy – vyniknout nad ostatní

Některé sestry byly v době studia na střední škole v roli **leaderů třídy**, chtěly **vyniknout nad ostatní**, musely se umět prosadit mezi ostatními spolužáky, spolupracovat, vyjednávat, soutěžit i soupeřit, musely komunikovat, kooperovat, vyjednávat se spolužáky. Tyto sociální dovednosti mohly predisponovat budoucí vrchní sestry k manažerské pozici.

„Mě už tak spolužáci... Já jsem dělala předsedu třídy.“ (Petra)

„Už ve třídě jsem byla předsedou třídy. Hodně jsem se drápala, chtěla jsem vynikat nad ostatními. Nevím, jestli to je správně nebo špatně, tak někde půl na půl...“ (Romana)

Motivace k profesi – představa o profesi

Podněty, které odstartovaly rozhodnutí (**úvahy o profesi**), podat si přihlášku na zdravotnickou školu, byly vnější, např. úmrtí v rodině, rozhodnutí kamarádky, i vnitřní, **altruismus** (subkategorie **nesobeckost, nezištnost**), přání pečovat o druhé. **Motivací k profesi** sestry (viz na následující straně Tab. 3: Motivace k profesi) bylo starat se o druhé (**starání se o druhé** s variantou **starání se o děti**), zažily nemocného člena rodiny

(**dimenze zdraví – smrt, hospitalizace blízké osoby**), prožily smrt blízkého člověka (**dotyk smrti**), samy byly hospitalizované (**zkušenost jako pacient**) či si sebe představovaly jako **krásné sestřičky**, některé se přihlásily na zdravotnickou školu po vzoru **kamarádky**.

Tab. 3: Motivace k profesi

Cesta k profesi	Vnější faktory	Vnitřní faktory
	Smrt rodiče Hospitalizace člena rodiny	Altruismus
	Kamarádka	Jistota profese

„V deseti letech jsem se rozhodla jít na střední zdravotnickou školu. Rozhodnutí ovlivnila smrt strýce.“ (Nora)

„... Moje kamarádka Věruška, která řekla, že jde na zdrávku. Já jsem původně chtěla jít na učitelku v mateřské školce. To byla střední pedagogická škola (...), to byl internát. Maminka mi to neumožnila, chtěla nás mít všechny doma. Kamarádka šla na zdravotku, tak jsem šla s ní. Naštěstí jsem se tam teda dostala. V nemocnici jsem nikdy předtím nebyla, neměla jsem představu.“ (Serena)

Jiné neuváděly žádný důvod, ale jen prostý fakt, že neuvažovaly o žádné jiné profesi (**jít za svým**).

„... Vždycky jsem to chtěla dělat od mala...“ (Petra)

Pro jiné sestry byl výběr střední zdravotnické školy volbou na jistotu (**racionální jádro**), získat absolvováním školy profesi a nemuset se po střední škole rozhodovat, kam jít dál.

„Já jsem tenkrát měla napsanou zdrávku nebo, kdybych se nedostala, gympl. Na gympl bylo jasné, že bych se asi dostala, ale pak jsem nevěděla jakoby co dál. U té zdrávky to bylo tak, že jsem věděla, co budu dělat, vím, že mám zaměstnání, že si práci najdu vždycky a nebudu se muset rozhodovat, co dál.“ (Jiřina)

Vedoucí sestry neměly reálnou **představu o profesi**. Jak jsem zmínila výše u motivace k profesi, chtěly se stát sestrami, protože se chtěly starat o druhé, zažily v rodině někoho, kdo byl nemocný, měly zkušenost z vlastní hospitalizace či prožily smrt blízkého člověka, představovaly si sebe jako krásné sestřičky nebo se přihlásily na zdravotnickou školu po vzoru kamarádky.

„Takové, že bych věděla skutečně, co to je, to ne. Spíš zkušenost jako pacient, speciální představu ne.“ (Jiřina)

Vedoucí sestry se cítily na počátku své profesní dráhy sestry, dobře připravené ze střední zdravotnické školy.

„Moje vzdělání mě připravilo dostatečně na práci sestry. Myslím, že by se měly zvýšit nároky na vzdělávání sester“. (Nora)

Připravenost k profesi – vzdělání

V souvislosti s **připraveností** sester k profesi, se objevila otázka výše vzdělání a úvahy o tom, zda by mělo být kvalifikační studium na střední nebo na vysoké škole.

„Myslím si, že taková ta dobrá sestra, kdyby měla čtyřleté vzdělání, tak by to stačilo. Ale tenhle ten boom s těmi bakalářskými školami, tak si myslím, že zatím na to ta společnost není připravená.“ (Serena)

Informantky sdělovaly, že byly pro svou profesi dobře připravené (**připravenost**) již ze zdravotnické školy. Na jejich vzory během studia (učitelky, sestry, lékaři) jsem se cíleně neptala, ani spontánně žádné neuváděly (výjimkou byla Romana, pro kterou byl vzorem nestor anesteziologie). **Vzdělání** si prohlubovaly formou specializačních vzdělávacích programů pro všeobecné sestry (informantka Romana absolvovala 4 tyto programy). Bakalářské, některé dotazované sestry i magisterské, obory studovaly při zaměstnání. U řady z nich se jednalo o studium na soukromé vysoké škole, což souviselo s tím, že jsem rozhovory prováděla ve fakultní nemocnici, kde tyto školy prováděly nábor ke studiu.

„Oni chodili po vrchních tady, potřebovali samozřejmě od vrchních pomoc. Ona přišla rovnou s přihláškou, tady nic neřeš, tady se přihlas.“ (Evelyna)

Dotazované získaly kvalifikaci sestry na střední zdravotnické škole a v bakalářském studiu ji de facto absolvovaly podruhé. Ke studiu se rozhodly buď pod tlakem vedení fakultní nemocnice, nebo ze subjektivních důvodů vyrovnat se ostatním podřízeným sestrám, které vysokou školu měly absolvovanou (jako např. informantka Romana, která by vzhledem k dosaženému věku studovat nemusela). Vyjádření prospěchu ze studia v bakalářském programu ošetřovatelství se u informantek pohybuje v dimenzi „žádný zisk – částečný zisk“.

„Stálo to hodně peněz. Ty peníze byly moje. Nežádala jsem o žádnou... Já jsem v podstatě měla takovou výjimku vzhledem k věku, že bych nemusela. (...) Po té škole se nic zásadního nezměnilo. Ale bohužel, asi bych to před vámi neměla říkat, ale ta škola

mi nic zásadního nedala. Ta letitá praxe, nějaké ty změny mi asi daly víc. Ale tím, že jsem věděla, co se učí, kam ta cesta směřuje, samozřejmě... Do dneška to tady někdy přirovnávám..., stav našich pacientů ke Krymské válce, uříznuté nohy... Říkám větrat, větrat. Ale to nic. Byl to fakt jen papír. To mi bylo trochu líto. A zas nelze srovnávat všechny školy, ty fakulty...“ (Romana)

„Ted’ka jakoby do té funkce mi docela hodně pomohlo to bakalářské studium, protože to si myslím, že jo, protože to je zaměřený trošku jinak, trošku víc musíme pracovat s počítačem, že jo, různý... K tomu by člověk normálně ani nepřišel, když by to..., jako moc nepotřebuje.“ (Serena)

Hledání oboru – volba oboru

Po absolvování zdravotnické školy dotazované sestry uplatňovaly strategii **hledání oboru**, ovlivněnou nejčastěji vrstevníky (**vliv vrstevníků – nevyhraněnost, nerozhodnost**), právě **volným pracovním místem**, vyhraněným zaměřením v dospívání (informantka Petra měla jasno už v 7. třídě, že bude pracovat na dětském oddělení) nebo následováním vzorů (**příklady táhnou**) během studia na střední zdravotnické škole (což je případ již zmiňované informantky Romany, kterou ovlivnil při výběru oboru nestor anesteziologie). Některé se stěhovaly do jiných měst a opouštěly svá první pracoviště i obory, které si původně vybraly.

„První volba byla taková, že se ve škole domluvily spolužačky, a šly jsme na chirurgii, kde bylo volno, byla tam ubytovna a tak. To byla motivace jediná.“ (Alena)

Střídání oborů – kolečko

Při nástupu do zaměstnání šlo o získání pracovního místa v dané profesi, zkušeností a upevnění dovedností bez konkrétní představy nebo dokonce plánu kariérního postupu. Po určité době (1–4 roky) na pozici sestry, kdy informantky nabyly potřebné pracovní zkušenosti, čerpaly vědomosti v rámci celoživotního vzdělávání, upevňovaly své dovednosti, vystřídalý několik ošetrovatelských oborů a pracovišť. Šlo o jakési **kolečko** po oborech na různých pracovištích.

„Pracovala jsem na dětském, tam jsem byla tři roky, na novorozencích, na transfúzní stanici.“ (Petra)

„Já jsem byla sestra řadová na chirurgii na JIPu. (...) Pak jsem odcházela na dětskou kliniku, tam jsem dělala sestru na JIPu. Pak jsem se vracela tady a nastupovala jsem jako vedoucí směny, pak jsem začala chvíli na to dělat staniční. A dělala jsem

staniční, dokud jsem neodešla v nějakém 2005. To jsem šla do Anglie. Tam jsem byla asi... Kolik? Rok jsem byla v důchodáku a pak jsem šla na JIP a tam jsem byla 2 roky, tam jsem dělala takovou tu specialistku u lůžka a sem jsem se vracela jako vrchní sestra. (Jiřina)

Přetržená dráha – z nouze ctnost

Kategorie **přetržená dráha** vyjadřovala situaci, kdy informantky přerušily pracovní dráhu (kariéru) z důvodu nástupu na mateřskou dovolenou. U sester, které měly děti, jsem identifikovala strategii **z nouze ctnost** (tuto kategorii jsem původně nazvala **mrtvá větev**, ale zdála se mi příliš morbidní), kdy sestry podřizovaly výběr oboru a pracoviště v závislosti na jeho pracovním režimu tak, aby mohly realizovat péči o děti. V té době neměly, nebo to v rozhovorech dovedně zatajily, výrazné ambice stát se vedoucí sestrou. To je velký rozdíl např. oproti některým firmám, kde nastupují zaměstnanci s představou, že budou postupovat vzhůru na kariérním žebříčku a jejich prioritou je právě tento postup.

„Šla jsem na mateřskou. Po ní nepřicházelo jít na tři směny, tak jsem šla do jeslí. Tam jsem byla 10 let, pak zástupkyně vedoucí. Pak jsem dělala specializaci, nejdřív teda kurs, pak specializaci a pracovala jsem jako vedoucí jeslí. Pak jsme se stěhovali...“ (Petra)

„Nastoupila jsem na chirurgii. Po mateřské... protože jsem měla malé dítě, zůstala jsem sama, protože manžel byl mimo domov, tak jsem byla na gynekologii, taková sestra k dispozici. (Serena)

Rovněž tato strategie, i když nazvaná Z nouze ctnost, mohla znamenat pro vrchní sestry určitý přínos k jejich dalšímu profesnímu rozvoji. Některé přivedla na pracoviště, které by si za jiných okolností nevybraly (jako např. Petru na transfúzní stanici a k odvodům branců).

Zakotvení v oboru – ukotvení v oboru

Po **kolečku** (u sester, které byly na mateřské dovolené, po Přerušené dráze a Z nouze ctnost) následovala další etapa, kterou jsem nazvala **zakotvení v oboru**. Jde o výběr klinického oboru (pracoviště), ve kterém se začíná odvíjet jejich **budování manažerské kariéry**.

Ukotvení v oboru – rozvoj manažerské kariéry

Zakotvení v oboru úzce souviselo s kategorií **ukotvení v oboru**. Sestry začaly pracovat v oboru, který byl jejich snem, ve kterém se začaly realizovat a cítily se po pracovní stránce dobře. Od tohoto momentu, jak jsem zmínila při popisu předchozích dvou kategorií, se začíná odvíjet jejich kariéra vedoucí sestry. Mají ambici dosáhnout něčeho víc (**něco víc**), prosadit se. Stávají se **vedoucími směny** či zástupkyněmi staniční sestry.

„Já už jsem chtěla, už jsem toužila na tom áru, že už bych něco víc, tam jsem to dopracovala na vedoucí směny. Ale více ne, buď jsem na to v té době neměla, nebyla jsem zralá, ale vždycky jsem to chtěla, říkala jsem si, že nebudu pořád ta řadová sestra...“ (Romana)

U kategorie Vedoucí směny jsem identifikovala podkategorie jako **délka klinické praxe a pracovní zkušenost**, které spolu souvisejí, neboť do této „pozice“ byla určena obvykle zkušená sestra. Vedoucí směny je jakýmsi **leaderem** pracovní skupiny sester na pracovní směně. Na klinikách s několika ošetrovacími jednotkami a velkým počtem sester jsou tyto skupiny jakýmsi mikrosvětlem, tedy podskupinou početné pracovní skupiny, jsou soudržné, ale objevuje se též rivalita mezi skupinami nebo uvnitř skupiny, pokud je do ní přiřazena např. sestra z jiné. Vedoucí směny uplatňuje manažerské strategie, ač ne vždy má v tomto směru příslušné manažerské vzdělání, např. organizuje práci (subkategorie **organizování práce**), provádí **kontrolu, řeší kritické situace**, pomáhá a radí méně zkušeným sestřím (**radý a porady**).

V tomto období nazvaném Ukotvení v oboru jsem zjistila, že některé informantky se přihlásily do specializačního vzdělávání Organizace a řízení ve zdravotnictví. Jednalo se o ty, které pracovaly jako vedoucí směny nebo zastupovaly staniční sestru.

Styčný důstojník – nabídka na funkci

Sestry byly na pozici staniční sestry obvykle vytipovány vedoucími pracovišť a vrchními sestrami (**manažerské rozhodnutí**). Tuto pozici (a kategorii) jsem ve své analýze nazvala **styčný důstojník**. Staniční sestra je jakousi spojkou mezi svojí ošetrovací jednotkou a vrchní sestrou.

„Nebylo to moje rozhodnutí stát se staniční sestrou, ale šlo mi to.“ (Nora)

„Stát se staniční asi nebyla moje vize, protože staniční se vždycky říkalo, že je taková ve středu. Holky jsou na ni našťvané, se shora také. Tohle jsem nechtěla, být ve

středu. Ale pak se stalo, že staniční sestra, pod kterou jsem pracovala, odcházela, a tenkrát šéf stanice s vrchní sestrou se dohodli, navrhli mi to. Tak jsem to přijala.“

(Alena)

Informantky Alena a Nora zde vystihují vývoj, který reflektovaly i další vedoucí sestry. Když se staly staniční sestrou, uvědomily si své schopnosti, i to, že náročnou práci zvládají.

Styčný důstojník – ambice řídit

Začaly přemýšlet o postupu na vyšší pozici a zdá se, že až tehdy začínaly více přemýšlet o svých ambicích a kariérních cílech. Pokud stály před rozhodnutím vrátit se na pozici takřikajíc sestry u lůžka (**vzdalování**), volily přihlášení do konkurzu na vyšší manažerskou pozici. Vedoucí sestry dokonce samy sobě přiznávají až po uplynutí určité doby ve vedoucí funkci, že by chtěly dosáhnout vyšších pozic (subkategorie **něco víc**), že je úspěch v práci uspokojuje.

„Já jsem v té své pozici staniční sestry byla spokojená. A velké ambice jsem neměla. Hlavně také v té práci jsem dělala s pacienty, edukovala je, pro sestry jsem dělala různá školení. Ta práce byla zajímavá. Ale stalo se, že oddělení, na kterém jsem pracovala, se muselo uzavřít. Já jsem tenkrát najednou zjistila, že tam asi pro mě není místo. Abych šla dělat řadovou sestru, to vím, že bych už nedělala. Protože být v trojměnném provozu... Tak jsem si dala všechno dohromady. Tak jsem se přihlásila do konkurzu. Věděla jsem, že kdybych neuspěla v konkurzu, odešla bych odtud.“

(Serena)

Kariérní plány informantek tedy nepřicházely s nástupem do zaměstnání, ale až s postupem na pozici staniční sestra, ve které zaznamenávaly úspěchy. Dalším možným vysvětlením může být, že i když tyto ambice měly, nepřiznaly to dříve zcela otevřeně. Výpověď informantky Sereny potvrzuje, že sestry myslí na kariérní postup.

„Tak vždycky to je tak, že si někdo na tu funkci myslí.“ (Serena)

Je také možné, že si chtěly nejprve ověřit své schopnosti na pozici staniční sestry, která je nesmírně náročná právě proto, že je v jakémsi dvojím ohni, vystavena nárokům, tlakům a požadavkům ze strany sester v ošetrovatelském týmu a ze strany vedení oddělení či kliniky, což ilustruje i výpověď jedné ze sester.

„Staniční sestra má složitou manažerskou pozici. Je vedoucím pracovníkem na oddělení, manažerkou první linie. Staniční sestry jsou spojovacím mostem mezi vedením a sestrami na oddělení. Je nadřízená personálu, který si sama nevybrala... [povzdech]

Podřízená je přímo vrchní sestře a vedoucímu lékaři oddělení. Staniční sestrou se nestává nejstarší a nejzkušenější sestra, ale jsou na ní kladené další požadavky v rámci konkurzu. Často řeší nepříjemný konflikty a problémy na pracovišti. Staniční sestra je... je někdy vnímaná, jakoby vybočovala z kolektivu. Nepatří mezi sestry na oddělení, ani mezi vyšší vedení. Některý staniční si stěžují, že je těžký pracovat v kolektivu, který je bere jen jako svého nadřízeného, ne jako sobě rovného.“ (Petra)

V rozhovorech jsem identifikovala ještě další situaci vyvolávající úvahy o možnosti postupu do manažerské pozice. Souvisí s pocitem vyhoření zejména na pracovištích poskytujících intenzivní péči, což je také případ informantky Romany.

„... Tak po 10–15 letech, takových 13, tak jsem cítila, že to ARO není už to pravý, to už jsem dělala na koronární jednotce, tam jsme šly ty nejzkušenější, už ty moje reakce jsou opačný, než by měly. Na koronáře, tehdy muži umírali na infarkt, první infarkt, druhý, třetí a většinou šli, zemřeli. My jsme je znaly, oni se vraceli na stále stejné pracoviště. S mnohými jsme měly bližší vztahy. Byli to muži čtyřicet, padesát tak, jak ty infarkty v té době začaly postihovat tuhle generaci. A já jsem zjistila, že to těžce nesu, že se řeklo defibrilovat, resuscitovat a já místo, jako vždycky ty léta před tím, se na toho člověka vrhla, tak jsem se třeba rozklepala a najednou mi to vadilo, že ten člověk odchází, a že to asi dopadne špatně. Tak po zralé úvaze, i po dohodě s vrchní, s kolegyněmi jsem se poohlédla ve stejné nemocnici...“ (Romana)

Styčný důstojník – vzdělání

V souvislosti s připraveností na pozici staniční či vrchní sestry se musela nutně objevit také otázka, zda jsou sestry na tyto pozice připraveny, a ty již pracující v této pozici, zda jsou vzdělávány dodatečně. V kvalifikačním studiu oboru všeobecná sestra jsou do studijního plánu zařazeny kapitoly z ošetrovatelského managementu. Pochopitelně však nemohou nahradit manažerské vzdělávání a ani tu ambici nemají. Pro vedoucí pozice v ošetrovatelství je určena specializace v organizaci a řízení zdravotní péče či manažerské směry na různých vysokých školách (viz kap. 3). Přestože některé vedoucí sestry polemizovaly o tom, zda je pro kvalifikační studium lepší střední nebo vysoká škola, uvědomují si, že i to vysokoškolské studium má smysl a přináší pozitivita také pro jejich manažerskou práci. Navíc sílí trend, aby na vedoucích pozicích v ošetrovatelství byly sestry, které mají vysokoškolské vzdělání. Řada sester proto studuje (většinou v kombinované formě studia) vysokou školu zaměřenou na oblast ošetrovatelství, ale i na obory, které s ošetrovatelstvím nesouvisejí nebo jen okrajově.

Ty sestry, které nemají specializaci v organizaci a řízení zdravotnictví, neuvažují, že by se do ní přihlásily.

„Samozřejmě ta specializace určitě. (...) Hodně mi pomohlo bakalářský studium, to bylo dobrý..., různý písemný práce... Myslím, že mi to dost dalo... jako rozšířilo obzory. Ještě zase budeme pokračovat v magistře na stará kolena.“ (Evelyna)

„Chtěla jsem mít dostatečné vzdělání, to se mi splnilo. Studuju ale obor ekonomie.“ (Nora)

Vedoucí sestry si samy uvědomují, že je nutné si doplnit vzdělání v oblasti managementu, aby uměly kvalifikovaněji vést své ošetrovatelské týmy. Stejného názoru je i top management zdravotnické organizace. To by však nemělo popírat význam zkušenosti, ta je v řízení a vedení lidských zdrojů velmi důležitá. Neméně významná je ovšem též znalost řízení a vedení, a pokud ji vedoucí sestry nemají, nevědí dost dobře, co mají dělat a zabývají se pak činnostmi, které dobře znají, např. staniční sestry se věnují přímé ošetrovatelské péči na úkor té manažerské.

Vrchní velitel – vedoucí sestra

Sestry na pozici **vrchní sestry** zvolily aktivnější cestu, přihlásily se do výběrového řízení. Informantky, jak na pozici staniční sestry, tak vrchní sestry téměř shodně vypovídaly, že období, kdy začínaly řídit a vést ošetrovatelské týmy, bylo velmi náročné.

„Těžké, těžké, těžké. Já když jsem začala dělat staniční...“ (Alena)

„Začátky na pozici staniční sestry byly jako normálně obtížné.“ (Nora)

Těžké, jak říkají **vedoucí sestry**, je, obstát v ošetrovatelském týmu, vybudovat si autoritu a získat respekt. Sestra přichází do funkce se svou představou, jaká by měla být klinická praxe a ošetrovatelská péče. Většinou jde také o představu, která je podpořena nadřízenými, přednostou kliniky, **vrchní sestrou**, vedoucím oddělení, náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, protože na pozici staniční nebo vrchní sestry jsou adeptky vybírány prostřednictvím výběrových řízení, ve kterých mají za úkol představit svou vizi.

„Sama jsem si to připravovala. Procházela jsem nemocnici. Dívala jsem se. ... Snažila jsem se to vidět kriticky.“ (Romana)

Pro své představy musí zaujmout výběrovou komisi a získat budoucí nadřízené manažery a podřízené, což není jednoduché. Situace se komplikuje i tím, zda sestra nastupuje do manažerské pozice na ošetrovací jednotce / klinice, kde před tím pracovala, nebo zda nastupuje na jiné pracoviště. Obě varianty mají svá specifika.

Styčný důstojník – klima pracoviště

Začátky práce v nové roli sestry-manažerky ovlivňuje právě to, zda se stává vedoucí sestrou na svém nebo jiném pracovišti (**tápání**). Pokud je jmenována do funkce na své ošetrovací jednotce / klinice, má výhodu v tom, že zná zdejší organizaci práce, zná práci svého předchůdce ve funkci, zná sestry, lékaře, jejich názory, postoje, nápady i „trápení“, vztah k pacientům a přístup k pracovním činnostem (**orientace**), souhrnně řečeno zná **klima pracoviště**. Nevýhodou je, že donedávna byla jednou ze sester a teď se stává jejich nadřízenou. V této pozici vidí své oddělení a práci sester z jiné perspektivy. Musí sestry získat pro svou **vizi**, což může být nesnadné, neboť se ve své manažerské práci setkává s tím, že jí občas některá ze sester připomene, že přece jako „řadová“ sestra také dělala chyby. A vize navíc sama o sobě nestačí, vedoucí sestra musí mít schopnost velmi dobře **komunikovat**, protože pro svou vizi musí získat ostatní sestry. Mění se i vztah mezi ní a ostatními sestrami, dříve kolegyněmi, nyní mezi nimi vzniká větší či menší odstup.

„... Ale zas pro mě bylo výhodnější, že jsem to oddělení znala, nemusela jsem se ho učit. Já tohle vždycky řeším tady také, když hledám staniční. Tady je to ještě komplikované tím, že do toho chtějí mermomocí krafat doktoři. (...) ... a hrozně pomůže, když ty lidi v tom špitále už jsou, a vědí komu zavolat, kdo jim pomůže ten problém vyřešit, protože to vždycky nejde tak, jak by mělo jít. A pomáhá jim občas i to, že tam z toho mají zkušenost, a už se s tím potkali, řešili něco podobného, tak to řeší tady. A neumím říct, co je lepší, jestli dělat tu staniční na tom oddělení nebo přijít odjinud...“
(Jiřina)

Pokud přechází sestra na jiné pracoviště do pozice staniční či vrchní sestry, je v poněkud odlišné situaci. Přichází do prostředí, jehož klima nezná (**zkušenost odjinud**).

„Měly tady dvě ambice na to místo vrchní sestry. Nebylo to pro mě jednoduchý. Ta jedna zvlášť byla velmi dominantní. A teď tedy přišel někdo jiný.“ (Romana)

Není sice svázána znalostí prostředí, dosavadní organizací práce apod., ovšem musí zde svou vizi prosadit. Určitou výhodou též je nezatíženost předchozími vztahy se

sestrami, jak to vystihla v rozhovoru Kristýna. Od počátku nastaví pravidla v souladu se svou vizí a podřízené sestry tím pádem začínají jakoby na stejné „startovní čáře“.

„... A oni měli najednou všichni najednou stejnou startovní čáru. Tady byla hodně mezi nimi hierarchie. Jipovská ta byla jakoby největší madam, jak oni říkali, že pak byla zkušenostmi nejstarší. Takhle to postupovalo. To že jsem přišla od pryč, tak oni měli stejnou startovní čáru. Já jsem s nikým, nechodím dodneška, nikam nejdu na kávu. Já jsem asi ani nevyčila kávu s nikým na jejich oddělení...“ (Kristýna)

Testování – styčný důstojník (vrchní velitel)

Někdy je vystavena nepříjemným situacím, sestry ji sledují, zda ovládá ošetrovatelské postupy, byť to není pro manažerskou pozici ta nejdůležitější činnost. Ovšem sestry na oddělení mohou dobře posoudit právě toto, rozhodně zasvěceněji, než to, zda jejich vedoucí sestra kompetentně řídí a vede ošetrovatelský tým. Vedoucí sestry uváděly, že byly vystaveny nepříjemným reakcím sester, určitému **testování**. Zažily i vytváření komplotů proti sobě.

„Tak tam bylo nejhorsí být s kolegyněmi, aby mě vzaly na vědomí, že jsem staniční, musí udělovat příkazy, za něčím si musí stát. To bylo hodně těžký. Také musí dokázat, že co chce po sestrách, musí znát, musí to umět.“ (Alena)

„Když já jsem jak na staniční, tak na vrchní šla do neznámé funkce. Tenkrát jsem na té chirurgii dělala chvíli. Některý spolupracovníci si vás zkouší, co umíte, co neumíte, co vydržíte, nevydržíte. To je taková zkouška. Já jsem to měla dobré, že jsem tím prošla prvně. Tady [v pozici vrchní sestry] jsem s tím počítala. Člověk také věkem se na všechno dívá jinak. Má zkušenost. Když jsem nastoupila na vrchní, to bylo jinak. To se navalilo tisíce administrativních činností, o kterých jsem neměla ani tušení.“ (Serena)

Sestry mají zkušenost z pozice první úrovně managementu jako staniční a na střední manažerské úrovni jako vrchní sestry. Jako staniční sestry řídily pracovní skupiny maximálně do 12 podřízených, jako vrchní sestry řídí týmy do velikosti 90 podřízených. Většinou jde o ženské kolektivy. Řízení na ošetrovací jednotce představuje zajištění dokonalé organizace práce celého ošetrovatelského týmu a spolupráce mezi jednotlivými zdravotnickými i nezdravotnickými kategoriemi včetně lékařů. Ošetrovatelský tým vede na ošetrovací jednotce staniční sestra. Organizuje ošetrovatelskou péči, deleguje ošetrovatelské činnosti na své podřízené sestry a další členy týmu, sleduje a hodnotí kvalitu poskytované péče, zajišťuje kontinuální komunikaci v rámci ošetrovatelského týmu a zdravotnického týmu. Staniční sestra

spolupracuje v rámci svěřeného úseku i s pracovníky, kteří nejsou na ošetrovací jednotce trvale přítomni. Jsou to pracovníci docházející dle potřeb zde hospitalizovaných pacientů: fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční asistent, sociální pracovník, protetik, logoped, psycholog, učitel pro dětské pacienty a další. Dobré interpersonální vztahy se projevují na kvalitě ošetrovatelské péče i na spokojenosti hospitalizovaných pacientů. Staniční sestra zajišťuje plynulé plnění komplexní ošetrovatelské péče. Vrchní sestra je zodpovědná za činnost ošetrovatelského personálu na klinice nebo oddělení. Podílí se na plánování rozpočtu kliniky (oddělení), personálním zabezpečení, profesním růstu a vzdělávání svých podřízených a na hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Pracovní úkoly deleguje na staniční sestry. Proto jeden ze základních požadavků, který je na staniční i vrchní sestře vyžadován, je schopnost dobré **komunikace**.

Styčný důstojník (vrchní velitel) – udržující a určující rytmus práce

Kategorie Udržující a určující rytmus práce zahrnuje převážně manažerské činnosti, které vedoucí sestra vykonává. V obou pozicích (staniční, vrchní sestra) čekají sestry **nové činnosti**, kterým se musí naučit, jde především o **administrativní činnosti** (subkategorie **objednávání** zdravotnického materiálu, spotřebního materiálu, **sledování** limitů, **přijímání** nových sester, korespondence) a manažerské dovednosti jako **plánování, organizace, kontrolní činnost**, delegování úkolů (**stát za svým slovem**).

„Administrativní činnost ... mi dělala starost, než jsem všechno pochytala, abych se vyznala. Sledování limitů, spotřebního materiálu, přijímání nových sester, psaní dopisů. Zase sestry od vás něco chtějí, tak to zorganizovat, aby to bylo ke spokojenosti všech. To bylo těžké, to nějak sladit.“ (Serena)

Se stylem řízení také souvisí otázka rozhodování, to představuje jednu z nejvýznamnějších činností, které tvoří součást pracovní náplně vedoucích sester na všech úrovních řízení ve zdravotnických organizacích. Často se vedoucí sestry posuzují právě podle toho, jak úspěšně a efektivně rozhodly v té či oné záležitosti. Posuzuje se také, jak se projevilo jejich rozhodnutí ve zlepšeném chodu ošetrovací jednotky, kliniky či celého zdravotnického zařízení. Již zmiňované manažerské činnosti jako plánování, organizování, vedení lidí, kontrolní činnost v sobě obsahují prvky **rozhodování**. Informantky hodnotily podmínky pro rozhodování jako optimální, zejména pokud jde o rozhodování za jistoty, méně optimální u rozhodování za rizika a ještě méně za nejistoty.

„Jo, myslím, že jo. (...) Já teda jediný co... Když musím rozhodnout něco důležitého, tak to nerozhodnu teď, když mi řeknete, tak a teď hned, ano, ne, potřebuji minutu na rozmyšlenou. Nerada rozhoduju teď hned teď je to červený, někdy je ta barva tak všelijaká.“ (Alena)

Vrchní velitel – vzdalování

U vrchních sester se objevil postesek nad tím, že se **vzdálily** od bezprostřední práce s pacienty. Jako sestry ve své ošetrovatelské činnosti vyhledávaly a uspokojovaly biologické, psychické a sociální potřeby svých nemocných. Lze říci, že o uspokojování potřeb jde i na manažerské úrovni, ale zde se týkají ošetrovatelského personálu. Vedoucí sestry, které se orientují na sestry, jejich motivaci a interpersonální vztahy i na splnění cíle organizace, saturují potřeby jak organizace, tak pracovního týmu. Úkolem sestry-manažerky je, aby sestry měly takové podmínky, aby mohly poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči v souladu s platnými standardy. Pokud tomu tak není, ztrácejí sestry motivaci, v ošetrovatelském týmu panuje zklamání, nespokojenost a sestry jsou vůči vedoucí sestře kritické. Situace se může vyhrotit až k rozpadu pracovního týmu. Sestry se chtějí ve své práci seberealizovat. Vedoucí sestra si musí být vědoma i této potřeby. Snažit se, sladit potřeby individuální s potřebami naplnění cíle a zachování pracovního týmu. Staniční sestra tráví více času než vrchní sestra na ošetrovací jednotce a nemá pocit, že se od sesterské práce vzdaluje. U vrchních sester se tento pocit objevil častěji. Už nedělají přímou ošetrovatelskou péči (např. odběry biologického materiálu, aplikace injekcí), ale jsou přítomny na ošetrovací jednotce v době ošetrovatelské vizity nebo řeší složitější případy ošetrovatelské péče.

„Vzdaluji se od té sesterské práce. Někdy mě to mrzí. Jsem ráda, že můžu alespoň učit ve škole studentky. Když se na výuku připravuju, mám pocit, že se tak trochu vracím k té sesterské práci.“ (Kristýna)

„Tak jako, když mi to dovolí ta administrativa, tak většinou jsem s děvčaty na oddělení. Moje kolegyně se mi smějí, že už mě musí mít plný zuby, ale oni si na to asi zvykly, už. Já prostě se snažím být s nimi na oddělení co nejvíc. Procházíme různě ty vizity.“ (Evelyna)

„Určitě, jo. Mám výhodu, že oddělení je takové, jaké je. Jak se snažím být na tom oddělení, tak spoustu věcí si můžu udělat, konzultujeme spolu rány. Jsem na oddělení 60 % dne. Mě to zajímá. Pan docent také vyžaduje... Prostě to je moje parketa, tak ať je to v pořádku, ať se o to nemusí starat. Já tady řídím ošetrovatelskou péči, a ta

musí být v pořádku, aby on byl spokojený a já také. Jsem na oddělení dost, až někdy dost. Samozřejmě kolegyně, které mají tři, čtyři stanice všude možné po nemocnici, jsou v jiné pozici, jsou víc ztracené.“ (Serena)

Z výpovědí informantek je patrné, že stále mají tendence se na oddělení vracet, a to nejen z titulu své funkce, chtějí být s ošetrovatelskou praxí v přímém kontaktu.

Vrchní velitel – mezilidské vztahy

Informantky se během rozhovoru opakovaně vracely k tématu, že důležitým prvkem v ošetrovatelském týmu jsou mezilidské vztahy (**konfliktní vztahy**). Hovořily o tom v souvislosti s tím, co je nejvíce trápí na jejich pracovištích. Řada stesků vedoucích sester směřovala právě do oblasti **personálních vztahů**. Aby mohl být splněn jeden z důležitých cílů zdravotnické organizace, poskytování kvalitní ošetrovatelská péče, musí být ošetrovatelský tým soudržný. Úkolem vedoucí sestry je vytvářet a udržovat týmového ducha pracovní skupiny a její morálku. Jde především o vztahy mezi sestrami i o jejich vztahy s lékaři.

„Nejhorší část práce managementu, a to si myslím, že je na všech úrovních, je ta personalistika. To dřív nebývalo, jak se změnilo ty vztahy mezilidské. (...) Teď ty vztahy špatné, s těmi doktory. [Trápení v hlase] Nový doktor... Jak jsou naladěny ty dvě skupiny proti sobě... Nový doktor, oni mu nepomůžou, no jo, oni řeknou... Naopak toho využijí. Nálada je špatná. Řeknou, no jo, on zase tohle a tohle... A to slyším denně...“ (Romana)

Na fluktuaci sester si informantky nestěžovaly. Zřejmě vedou svá oddělení dobře a není důvod, aby sestry odcházely. Dalším možným důvodem může být dobrá firemní kultura celé zdravotnické organizace.

„Je to taková normální fluktuace, těhotná. No (...) Teď je spíš nedostatek sester, protože jsme se se dvěma rozloučili, z tady toho důvodu, nemá cenu čekat, že je převychovám, když mi lže, tak ji asi nepřevychovám.“ (Alena)

Rutina starších sester – vrchní velitel

Informantky vnímají jako problém rutinu sester s dlouhou praxí, které se obvykle dále nevzdělávají a obtížně přijímají nové věci (**klapky na očích**). Ve svých postojích jsou rigidní na rozdíl od služebně mladších sester, které jsou flexibilnější (**generační rozdíl**).

„... Ale co si myslím, že je důležitý, aby to nedělal někdo, kdo tam dělal už 20 let a nemá zkušenost odjinud. To je problém. Takové ty klapky na očích, tohle je jediná verze toho, co je správně, takhle to funguje... (Jiřina)

Vrchní velitel – styl řízení

Pro informantky bylo těžké formulovat, jaký používají **styl řízení** ve své manažerské práci. Nevyjadřovaly se v manažerských termínech, což vede k úvaze, že jejich vzdělání v této oblasti patrně není dostatečné. Mohou mít i problém s přijetím této role. Z jejich popisů vyplynulo, že používají kombinaci stylů, nejčastěji demokratického (partnerského), autoritativního (direktivního) a konzultativního v závislosti na konkrétní situaci.

„Nevím, jestli bych to to... Nejsem úplně demokrat, já myslím, že to ve velkém kolektivu nejde. A my máme ještě takový... Já když srovnám Čechy a Anglii, tak mě přijde, že řídit v Anglii je jednodušší z toho důvodu, že ty lidi nemají úplně potřebu dokazovat, že vedoucí je blbec. (...) Máme schůzky, můžou se tam vyjádřit, můžou se některé věci dohodnout, co jak bude, ale pokud mám pocit, že to má být jinak, tak se tím neřídím, co tam vyšlo, nebo jim dávám pravidla, potřebuji tohle a tohle, můžete se dohodnout v těchto mantinelech a pak se tím budeme dodržovat. [Hovor rušený záznamníkem] Jo vyslechnu si jejich názory, ale takovým tím, že by mě tady... Tady je šedesát sester asi na tom, a že by mně jich šedesát tady hovořilo do toho, to ne...“ (Jiřina)

Styl řízení a vedení sester závisí na osobnosti vedoucí sestry, jejich manažerských znalostech, schopnostech a dovednostech, na jejím postavení v pracovním týmu, na pracovních cílech a úkolech i na profilu vedených sester a na prostředí, ve kterém se proces řízení odehrává. Vedoucí sestra vychází z konkrétní situace a té přizpůsobuje styl řízení a vedení. U některých dotazovaných byla patrná tendence více a častěji vysvětlovat jednotlivé postupy, úkoly, opravovat chyby svých podřízených (**přesvědčování**). Jiné naopak směřovaly k tomu více práci delegovat, dát sestřám v týmu volnost zorganizovat si práci u přidělených pacientů a sledovat spíše výsledky poskytované péče. Mezi informantkami se našlo více těch, které se snaží vytvořit přátelskou atmosféru (**lidskost, umění naslouchat**) s méně výraznými prvky hierarchie v pracovním vztahu (**demokratická domluva**), ale pokud šlo o krizové situace nebo potenciálně krizové, volily autoritativní přístup (**direktivní přístup, přísnost, neoblomnost**).

„Já nevím, který převažuje, samozřejmě ten liberální způsob taky. Já, já..., kdo je v pohodě, s kým nemám problém, kdo vidím, že pracuje, se snaží, alespoň odevzdá většinu té práce, jak má, tak já nemám důvod chovat se k němu...“ (Romana)

Vedoucí sestra – sdílení

Dotazované v rozhovorech vyjadřovaly, že mají **podporu vedení** zdravotnického zařízení. Významnější než Podpora top managementu je pro ně vzájemné **sdílení**, podpora kolegyně na stejné manažerské úrovni. Tu potřebovaly zejména na počátku své manažerské kariéry, kdy dobře neznaly všechny manažerské činnosti a dost tápaly (**tápání**).

„Když jsem nastoupila, tak jsem v řadě věcí tápala. Prosila jsem o radu jiné vrchní a vždycky kolegyně vrchní pomohly. Jsou vrchní, s kterými se setkáváme, protože máme k sobě blízko, ale spíš jako lidi. A co se týče profesní komunikace, tak to je většinou tak...“ (Kristýna)

Vrchní sestry se setkávají na pravidelných poradách s předem daným programem s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. Na poradách probíhá spíše jednosměrná komunikace od náměstkyně k vrchním sestrám (**podpora od vedení**), i když i ony dostávají prostor pro dotazy. Porady mají dosti formální charakter, což je dáno i tím, že jde o vyšší počet vrchních sester. Na poradách se řeší problémy související s ošetrovatelskou péčí, personálním řízením, hospodařením se zdravotnickým a spotřebním materiálem, tedy problémy, které jsou pro všechny vedoucí sestry společné. Není to však prostor pro sdílení a prodiskutování problémů, které vedoucí sestry trápí. Proto se setkávají spíše neformálně v menších skupinách a na této platformě pak řeší i problémy pracovní (**pomocná ruka**). Informantka Serena (viz níže) vystihuje potřebu, kterou vedoucí sestry mají, totiž sdílet společné problémy, k čemuž není na poradách prostor. Sama jsem došla k podobnému závěru a podobné potřebě sdílení během kurzů, které jsem pořádala pro staniční a vrchní sestry. V těchto kurzech byl právě pro toto sdílení prostor, neboť měly charakter opakovaných interaktivních setkání. To vedoucí sestry sblížilo natolik, že pak pro ně bylo jednodušší obrátit se na kolegyni sestru o pomoc i při řešení pracovních problémů.

„Máme porady jednou měsíčně s paní náměstkyní, takže se tam všichni sejdem. Ale... No právě, tam taková ta komunikace je vlastně s paní náměstkyní... Řekneme si tam svoje stesky, ale že by se to tam pak řešilo. To spíš se řeší tak, jak to je, když máte lidsky blízkého člověka, že si postěžujete. Protože si můžu postěžovat jenom vrchní.“

Nemůžu si postěžovat jiným, většinou to nikdo moc nepochopí. Spíš, takhle, že si potřebuje... nebo taková nějaká rada, když potřebuju radu odbornou, tak si můžu zavolat komukoli. Spíš je to takové, že si někdy člověk potřebuje postěžovat, a komu jinému si může postěžovat, než spřízněné duši na stejném postu.“ (Serena)

Vrchní velitel – užší tým

Vrchní sestra řídí **užší tým** staničních sester, se kterými se setkává v pravidelných časových intervalech (1x týdně až 1x za 14 dnů) na formálních poradách (**konzultace**). Podle potřeby se kontaktují i mimo tato pravidelná setkání (**spojenectví**). Na těchto poradách přenáší vrchní sestra informace z porad vedení kliniky a z porad s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. Staniční sestry mají možnost v rámci těchto porad prodiskutovat některé otázky, které se týkají řízení jejich týmů, kvality ošetrovatelské péče či hospodaření se svěřenými prostředky, a nalézt společně jejich řešení. Je pro ně potom jednodušší prosazovat určitá opatření u sester, pokud na nich též participovaly (**loajalita**). Vrchní sestry oceňovaly dobré vztahy se staničními sestrami, které jsou jakousi jejich „prodlouženou rukou“, neboť skrze ně řídí ošetrovací jednotku.

„Se staničními konzultujeme všechno, na té stanici. Když má staniční problém, tak já ho zaštitím. Staniční by měla být ten styčný důstojník. Já jí pomůžu.“ (Serena)

Vrchní velitel – poradní sbor

K řízení ošetrovatelské péče využívají tzv. **poradní týmy (sbory)**, složené ze sester, které se zabývají např. stomiemi, hojením ran či zdravotnickou dokumentací. S těmito sestrami, které mají na starost určitou oblast ošetrovatelské péče, se vrchní sestra setkává samostatně (**konzultace**) nebo je přizvává na porady se staničními sestrami.

„Já k nim ještě přiřazuji... stomická sestra. To jsou takoví taky styční důstojníci. Ty se snažím... Ranou sestru máme, tak tu se také snažím hodně zapojovat. Vybrala jsem si tady sestru bakalářku, která mi pomáhá dokumentaci kontrolovat, tak tu také přizvávám.“ (Kristýna)

Styčný důstojník (vrchní velitel) – mohu dělat různé věci

Dotazované uvádějí jako hlavní důvod, proč se chtěly dostat na pozici vedoucí sestry to, že mohou ovlivňovat (strategie **mohu dělat různé věci**) ošetrovatelskou péči na svém pracovišti. Zavádějí nové postupy v ošetrování pacientů (např. hojení ran),

sledují je, hodnotí výsledky, potom nastavují pravidla a mění organizaci práce (**ovlivnění**).

„... můžu dělat různé věci, na oddělení si dělám rány a pak nastavím pravidla, zorganizuji...“ (Jiřina)

Vrchní velitel – pracovní doba

Vrchní sestry pracují v jednosměnném provozu, jejich pracovní doba je rozvržena do pětidenního pracovního týdne v souladu se zákoníkem práce, tedy pondělí až pátek po 8 pracovních hodinách. Některé vedoucí sestry přicházejí na směnu dříve, aby byly přítomné předávání služby, jiné striktně dodržují pracovní dobu. Ve výjimečných případech, kdy je nedostatek personálu, nastupují do směn jako sestry.

„Ne, ne, já to nedělám. Já si myslím, že můj time management je takovej... Někdy si přijdu dřív, nezvoní mi telefony, když potřebuji nějakou práci, vyložené nějakou koncepcí. To si přijdu dřív. Ale pokud možno nezůstávám. Samozřejmě akreditace, očekáváme trauma plán... Cokoliv je mimo, tak tady budu klidně třeba do deseti. Ale abych sem chodila soboty neděle... Vím, že to některé kolegyně dělají. A byla tady do pěti a všude vykládala, jak si musím koupit starý povlečení, abych tady mohla spát, protože nestíhám.“ (Romana)

Vedoucí sestra – spokojenost

Pracovní spokojenost je velmi důležitý atribut. Na pracovní spokojenosti vedoucích sester se podílí především styl vedení nadřízených a jejich podpora, kultura organizace, podíl na rozhodování, míra autonomie pracovních skupin ad. Spokojenost z práce charakterizují vedoucí sestry jako příjemný citový stav vyplývající z hodnocení jejich práce a z vlastního postoje vůči své práci. Sytí se tak potřeba sebeúcty a seberealizace.

„Práce pro mě znamená příjem a naplnění. Nedovedu si představit, že bych dělala něco jiného.“ (Petra)

Vedoucí sestra – ohodnocení

S pracovní spokojeností souvisí i finanční ohodnocení. Informantky jsou většinou spokojené, i když při srovnání s ostatními profesemi a manažerskými pozicemi jsou na tom o poznání hůře. Neuvažují ale, že by například z důvodu výše finančního ohodnocení profesi a svou manažerskou pozici opustily.

„Já, nevím. Teď když to srovnáme s jinou profesí, úplně jedno s jakou, tak jsem ve vysokém managementu a všechno, chyby, zdary i nezdary padají na mou hlavu, ale můj plat se pohybuje stejně jako plat sestry, která je stejně stará jako já v třisměnném provozu. Nevím. To tak je.“ (Kristýna)

Vedoucí sestra – gender

Informantky sice v naprosté většině odmítly jakékoli **genderové rozdíly** ve způsobech práce nebo řízení ošetrovatelských týmů, ale v rozhovorech se objevily určité generalizace ženského a mužského způsobu přístupu k ošetrovatelské péči. Vedoucí sestry si většinou přejí, aby ve zdravotnictví bylo více mužů, i když neměly takový názor vždy. Potřebovaly se samy přesvědčit, jak muži pracují a jak se s nimi spolupracuje.

„Mají hezký přístup k lidem. Nejsou tak hysteričtí. Je to divné, ale mají jiný vztah k pacientům. Mám je docela ráda, ale mám jen jednoho.“ (Alena)

„Já mám na JIPu dva kluky a nejradši bych měla na každé stanici dva.“ (Romana)

Některé vrchní sestry se ve své praxi setkaly se zvláštními přístupy k mužským kolegům. Na gynekologických odděleních sestry nechtějí, aby hygienickou péči u žen prováděli studenti-muži, muži-lékaři jim však zřejmě nevadí.

Vedoucí sestra – rodinný život

Manažerská dráha sester, stejně jako jejich profesní dráha, je mimo jiné samozřejmě ovlivňována též soukromým a rodinným životem. Mít rodinu a děti není u sester-manažerek vnímáno jako handicap. Zvládnout rodinu i náročnou práci ve zdravotnictví a skloubit všechny poměrně různorodé požadavky, které tyto dva světy přinášejí, bylo cílem vdaných vrchních sester, když nastupovaly do svého prvního zaměstnání. Všechny nastupovaly do třisměnného provozu. **Chod domácnosti** přizpůsobovaly svému pracovnímu vytížení. Sestry se ve svém soukromém životě setkávaly s jistou nedůvěrou partnerů, že pracují v nočních směnách, kterou vyjádřila např. informantka Romana.

„Říká se, že ty sestry dělají kdovíco na oddělení. To bylo ze začátku. To ano, to jo. To jsem od manžela slýchávala dost často. Pak to nějak pominulo. Ale tak on dělal v letectví..., letušky, piloti. Dneska už to o tom není. To prožívá většina sester.“ (Romana)

Když odcházejí domů z nemocnice, nenechávají práci zde, ale ještě doma o ní často přemýšlejí (**nošení práce domů**).

Vedoucí sestra – relaxační aktivity

Volný čas využívají vrchní sestry k odreagování se od pracovních starostí. Uváděly aktivní způsob jeho trávení, např. koníčky, přátelé, fyzické aktivity. Dovolenu na zotavenou si vybírají 1x až 2x za rok.

„Miluju přírodu, jezdím na koni, na kole. Vždycky se musím odreagovat. To mi pomohlo. Je důležité mít dobré přátele, mít se někomu..., s tím člověkem někam jít, jet a myslet na něco jiného, abych nespadla z koně, vyjela kopec. To pomůže se přes všechno přenést.“ (Serena)

„Já chodím hodně, my chodíme s mužem. Vedle toho má honitbu. Jsme neustále venku. Soboty, neděle vezmeme psa a chodíme dvě tři hodinky po lesích. Ráda cestuju. (...) To je příjemný. A ještě bych mohla víc, jednak peníze člověku zůstanou, děti už neživí. (...) A jednak i zdatnost fyzická, ale můj muž už nechce. (...) Tak takhle to u nás je.“ (Romana)

Vedoucí sestra – plánování budoucnosti

Mezi **kariérní plány**, kterých chtějí dotazované ještě dosáhnout ve svých pozicích, zařazují dokončení vzdělání, pokud se rozhodly ještě dál studovat na vysoké škole. Jsou-li na konci své profesní kariéry, chtějí se dál věnovat práci ve zdravotnictví (**samostatná práce**). Zajímají se spíše o možnost pracovat více samostatně např. v ambulanci.

„Takže já si myslím tak do šedesáti let a pak už ne, ne ve funkci, něco bych si našla na kratší dobu, na dva tři dny v týdnu, ale něco, co by mě drželo u profese.“ (Romana)

„... Tak jsem myslela na samostatnou práci, na nějakou sálovou práci, samostatnější, sálek nějaký, něco menšího, angio.“ (Petra)

Vedoucí sestra – angažovanost

Rozhovor se také zaměřoval na **angažovanost** vedoucích sester ve veřejném a profesním životě. Informantky se většinou shodly v tom, že je důležité mít profesní komoru (**semknutí**), ale zazněly i pochybnosti, jestli se sestry dokážou spojit. Mají také zájem o lepší propagaci sesterské profese.

„Oni dávno měli mít svoji komoru, proto nikdy si taky sestry nic nevydobyly podstatného. (...) Ale kolik sester bylo v senátu, kolik v parlamentu? Já jim to dneska všem říkám, tady mi to neříkejte. Jděte dělat politiku, jděte do parlamentu. Budeme všichni rádi, tam to říkejte, věci, které jsou fakt systémové.“ (Romana)

„Ano, rozhodně by sestry měly mít svoji komoru, která by hájila jejich zájmy, ale je otázka, jestli se sestry dokáží spojit...“ (Kristýna)

„Také bych chtěla, na tom už jsme začaly pracovat, abychom se jako sestry proslavily, aby se o nás vědělo, že tu děláme spoustu práce.“ (Serena)

Tolik tedy k přiblížení vztahů, vlastností a dimenzí jednotlivých analytických kategorií místy ilustrovaných citacemi z rozhovorů.

S použitím kostry příběhu (viz Příloha L – Identifikace příběhu) jako vodítka a uspořádáním a přeuspořádáním kategorií popisovaných výše, jak již bylo zmíněno v 4.8.3, jsem podle paradigmatu vytvořila analytickou verzi příběhu (viz Příloha M – Návrat k příběhu). Ve zkoumání vedoucích sester, jak už jsem uvedla, se vynořily následující kategorie: Ambice řídit jako příčinná podmínka, dále Hledání oboru, Kolečko (střídání zaměstnání), Ukotvení v oboru jako kontext, do něhož je jednání, tedy budování manažerské kariéry sester, zasazeno. Kategoriím Styčný důstojník a Vrchní velitel jsem přiřadila souhrnný název Vedoucí sestra a označila ji jako centrální kategorii. Manažerské strategie jsou způsoby jednání sester vedoucí k dobře fungující ošetrovací jednotce (výsledek). Kategorie Sourozenectví a Leaderovství spolu souvisí, protože v sobě nesou sociální zkušenost, která mohla sestry predisponovat k manažerské pozici, proto jsem těmto kategoriím nadřadila kategorii Ambice řídit. Sestry po ukončení střední zdravotnické školy vstupují na trh práce a Hledají vhodný obor a pracoviště. Po měsících či několika letech práce v oboru, který byl jejich první volbou, vystřídají několik oborů a pracovišť (kategorie Kolečko). Posléze se Ukotvují v oboru, přičemž tato kategorie znamená, že sestry našly „svůj“ obor, ve kterém jsou spokojené po pracovní stránce. Zde se začíná rozvíjet jejich manažerská kariéra. Názorně lze analytické schéma vyjádřit takto:

Ambice řídit + Hledání oboru + Kolečko + Ukotvení v oboru → pozice Vedoucí sestra

Pozice vedoucí sestry je realizována následujícím způsobem: Vítězství v konkurzu vede k pozici Styčný důstojník a Vrchní velitel, kteří používají Manažerské strategie, zejména Komunikaci k získání sester pro svůj koncept. Výsledkem toho je dobře Fungující ošetrovací jednotka, ve které jsou Spokojení pacienti, je poskytována Kvalitní ošetrovatelská péče a je Stabilní ošetrovatelský personál.

Při axiálním kódování jsem si začala všimnout určitých pravidelností, opakujících se vztahů mezi vlastnostmi a dimenzemi kategorií, které se během analýzy vynořovaly. Např. informantka pochází z rodiny s více sourozenci, takže se snažila vyniknout a prosadit se mezi nimi. Znovu jsem se vrátila k přepsaným rozhovorům a zjistila, že podobnou ambici popisovaly dotazované v souvislosti s tím, když se staly leadery tříd, chtěly se prosadit a dosáhnout výsledků a úspěchu. Po ukončení střední školy si našly obor (pracoviště) a nastoupily do zaměstnání, před zakotvením ve „svém“ oboru jich několik vystřídaly. Po ukotvení v tom „svém“, začaly budovat manažerskou kariéru.

Vedoucí sestry (staniční i vrchní) jsou specialistkami v ošetrovatelském oboru nebo oborech. Vrchní sestry prošly nejprve pozicí staniční sestry. Při vedení a řízení sester používají manažerské strategie, souhrnně se dá říci, že určují a udržují rytmus jejich práce. Na počátku fungování v manažerské pozici procházejí obdobím tápání, protože nemají dostatek znalostí a zkušeností zejména v oblasti řízení lidských zdrojů. Nejčastější konflikty, které řeší, jsou z oblasti mezilidských vztahů. Na ošetrovací jednotce / klinice se setkávají s generačními rozdíly – rutina služebně starších sester versus flexibilní služebně mladší sestry. Kombinují styly řízení autoritativní, demokratický a konzultační, a to v závislosti na řešené situaci. Vrchní sestry udržují spojení se staničními sestrami, řídí přímo užší tým staničních. Kontakt s podřízenými sestrami obvykle uskutečňují tak, že několikrát denně docházejí na ošetrovací jednotku. Vrchní sestry se vzdalují od pacientů a ztrácejí každodenní rutinu v ošetrovatelských výkonech. Jsou propojeny vzájemnou sdílenou vizí se sestrami na stejné manažerské pozici. To se prokázalo i v tom, jak už jsem zmiňovala, že při žádostech o tip, s kým vést další rozhovor, byla vždy nominována zase vrchní sestra. O pracovních povinnostech přemýšlejí i po odchodu z pracoviště, problémy si „nosí“ domů. Od pracovních povinností se odraňují realizací koníčků, setkáváním se s přáteli a fyzickou aktivitou.

Podle těchto pravidelností jsem analyzované údaje opět uspořádala, což dodalo vytvářené teorii na určitosti. V souladu s těmito pravidelnostmi jsem opakovaně seskupila kategorie a vytvořila návrh teorie profesního paradigmatu vrchních sester:

Ambice řídit + Hledání oboru + Kolečko + Ukotvení v oboru → pozice Vedoucí sestry
→ Fungující ošetrovací jednotka

V životních historiích šetřených sester se vynořily dvě významné kategorie, které jsem nazvala Sourozenectví a Leaderovství (jak jsem již popsala v předchozím textu, jim jsem nadřadila pojem Ambice řídit). V těchto fenoménech je obsažena touha prosadit se, tedy kategorie Ctižádost a k ní jsem vztáhla subkategorii Ambice řídit. Sestry by se pravděpodobně na vedoucí pozici neprosadily, pokud by neměly určité osobní a osobnostní předpoklady. Kromě těchto předpokladů sehrály roli i další náhodně otevřené možnosti, např. uvolněná pozice staniční či vrchní sestry, které jsem označila kategorií Štěstí. Sestry po ukončení střední školy hledaly obor (Hledání) a volily (Volba oboru) podle toho, kde bylo právě volné místo, kam šla kamarádka, nebo byly nasměrované na obor, který vybrala pedagogická autorita ze střední školy. Zde získaly první profesní zkušenosti. Následovalo střídání oborů (Kolečko) a pracovišť doma i v zahraničí. Vdané sestry v této fázi profesní dráhy podřizovaly výběr pracoviště péči o své děti, volily to, které mělo přijatelný pracovní režim, tzn. např. jednosměnný provoz. Po období střídání oborů následovalo Zakotvení v oboru a posléze Ukotvení, což znamená, že sestry ve svém konkrétním oboru a instituci obrazně řečeno zakotvily. A začala se rozvíjet jejich manažerská kariéra Vedoucí sestry.

Vytvořený návrh teorie objasňuje profesní cestu a strategie (hledání oboru, střídání oboru, zakotvení v oboru), které vedou k budování manažerské pozice staniční a vrchní sestry. Model profesního paradigmatu tvoří koncepty: volba oboru, střídání oborů, ukotvení v oboru a manažerská pozice vedoucí sestry. Model je zjednodušením vysledovaných souvislostí, určitým prostředkem sloužícím k pochopení a výkladu analyzovaného problému. Jde o zjednodušenou prezentaci procesu a s ním souvisejících fenoménů, která se může stát výchozí platformou pro jeho další zkoumání.

Zároveň s objevováním zmiňovaných pravidelností jsem postřehla též určité odlišnosti. Sestra může „zakotvit“ v tom „svém“ oboru dříve, aniž by hledala obor a absolvovala „kolečko“. Vrátila jsem se do terénu a začala pátrat po důkazech a konkrétních odpovědích na otázky, zda se tato možnost v profesní dráze vrchních sester vyskytuje. Provedla jsem 4 další rozhovory, které jsem zaznamenala metodou „tužka-papír“. Opět jsem seskupovala kategorie na základě identifikovaných rozdílů v kontextu. Původní kategorie Hledání oboru se nyní jeví spíše jako cesta, strategie, proto jsem koncept Hledání oboru a Zvolení oboru nazvala Volba oboru.

4.8.5 Zakotvená teorie

Nyní ověřím teorii podle údajů z rozhovorů a dokončím proces jejího zakotvení. Narativně podaný návrh teorie vypadá následovně:

Ctižádost + Volba oboru + Kolečko + Ukotvení v oboru → pozice Vedoucí sestra

Predispozici sester řídit ošetrovatelské týmy jsem identifikovala v Rodinných konstelacích. Sestry vyrůstaly v rodinách, kde bylo více sourozenců, a tato situace se projevila v sociálním chování vůči nim, tj. ve snaze se mezi nimi prosadit. Podobná vlastnost se vynořila později v období dospívání, v době školní docházky na základní a střední školu. I zde spatřuji touhu prosadit se, u některých sester vyjádřenou prosazením se v roli Leadera třídy. Ctižádost sester se projevuje více či méně zřetelně ve všech fázích profesní kariéry, které jsem při zkoumání odkryla, tzn. při Hledání oboru hned po ukončení střední školy, přes období střídání několika oborů a pracovišť a rozvíjí se v momentě, kdy sestry nalézají „svůj“ obor, ve kterém se plně realizují. I když sestry explicitně nevyjadřovaly Ambici řídit a prosadit se v manažerské pozici, lze ji dedukovat z jejich vyjádření ve smyslu dosáhnout vyšších met a prosadit se mezi ostatními sestrami. I v oblasti vzdělávání se snažily dosáhnout vyšších cílů, studovaly při zaměstnání vysokou školu, absolvovaly specializační vzdělání.

Po ukončení střední školy začaly sestry získávat první profesní zkušenosti ve zdravotnických zařízeních. Nastupovaly tam, kde bylo Volné pracovní místo. Často to nebyly obory, ve kterých se chtěly realizovat. Pokud měly děti, profesní kariéru na čas přerušily. Mezi mateřskými dovolenými nebo po nich vystřídalý několik pracovišť, absolvovaly tzv. Kolečko. Vybíraly si pracoviště, jehož provoz péči o děti dovozoval.

Střídání zaměstnání jsem ale zaznamenala i u svobodných sester. U nich šlo o práci v zahraničí, kde si rozšířily jazykovou kompetenci, získaly jiný pohled na svou profesi a též nové, specifické zkušenosti. Po několika letech našly obor, ve kterém se realizovaly, a ve kterém se začala odvíjet jejich manažerská kariéra. Střídání ošetrovatelských oborů či pracovišť znamená nejen získávání nových znalostí, dovedností a profesních zkušeností, ale také konfrontaci s těmi již nabytými. To lze v manažerské práci velmi dobře zúročit.

Ukotvení v oboru, jak jsem nazvala jednu z hlavních kategorií, znamenalo nalezení oboru, ve kterém sestry své znalosti a dovednosti dále rozšiřovaly a prohlubovaly. Začaly budovat manažerskou kariéru. V ošetrovatelském oboru či oborech získaly specializaci, některé měly i několik specializací, jak z klinických ošetrovatelských oborů, tak z organizace zdravotnictví. Některé se staly Vedoucími směn a potom Staničními sestrami. Zároveň s tím, že byly vedoucí směn, některé byly také Zástupkyně staniční sestry. (Byly ale i případy, kdy se sestra stala staniční sestrou, aniž prošla pozicí vedoucí směny.) Do pozice staniční sestry byly vytipované svými nadřízenými. Na této manažerské úrovni se většinou výběrové řízení nedělá. Tím ale také nastává situace, že sestra sice má ambice stát se staniční sestrou, i předpoklady, ale není na tuto pozici vybrána, protože např. z nějakého důvodu nevyhovuje vedení kliniky. (To byl také případ informantky Romany.)

Přestože je pozice staniční sestry poměrně náročná, jak jsem popsala v teoretické části práce, sestry v ní byly spokojené. Spokojenost pramení z toho, že jsou stále přítomny samotné realizaci ošetrovatelské péče, že ji ovlivňují a pracují s pacienty a jejich rodinami. Realizují své koncepty ošetrovatelské péče a aktivně zavádějí nové ošetrovatelské postupy, které dále mohou kontrolovat, vyhodnocovat a zavádět do běžné klinické praxe. Identifikovala jsem, že na počátku působení ve funkci procházejí staniční sestry obdobím, kdy se seznamují se svými novými kompetencemi a činnostmi. Výhodu mají staniční sestry, které zastupovaly předchozí staniční sestru, protože řadu činností, zejména administrativních, již znají. Pokud sestra na ošetrovací jednotce již pracovala, zná sice organizaci práce a personál také, ale pokud se rozhodne realizovat změny v duchu své koncepce, musí pro ně získat podřízené. Sestry, které nastupují na oddělení, kde předtím nepracovaly, musí nejprve poznat zdejší organizaci práce, seznámit se s ostatními sestrami a dalšími pracovníky. Záleží pak na adaptačních schopnostech sestry, jak rychle tyto nové informace a poznatky vstřebá a jak s nimi naloží ve své další manažerské práci. Adaptace v manažerské pozici je vždy rozhodně

snazší, když sestra nastupuje do funkce ve zdravotnickém zařízení, v němž doposud působila. Přinejmenším jí není cizí kultura organizace. Staniční sestra je zpočátku vystavena jakémusi Testování ze strany ošetřujícího personálu, který zkoumá mantinely, jejich vzájemných osobních i pracovních interakcí.

Aktivněji, jak už jsem zmínila dříve, se sestra dostává na pozici Vrchní sestry. Na ni bývají vypisována výběrová řízení. (Pro úplnost musím zmínit, že v některých případech bývají konkurzy vypisovány formálně, a sestra-manažerka je už předem známa.) Důvodem pro přihlášení do výběrového řízení na pozici vrchní sestry je snaha dosáhnout Něčeho víc, nebo také situace, kdy je původní pracoviště zrušeno a staniční sestra se musí rozhodnout co dál. (Podobné se stalo informantce Sereně, která pro sebe neviděla cestu zpět, tedy mezi „řadové“ sestry.) Pokud byly vrchní sestry vystaveny jakémusi testování od podřízených sester na pozici staniční sestra, nyní nejsou tak zaskočené, neboť si tímto rituálem již prošly. Co je na této střední manažerské pozici zajímavé, je fenomén Sdílení, sdílení společného „jha“ vrchní sestry. Spíše než na formální poradě se sdílení odehrává na neformální půdě, scházejí se nebo si telefonují a řeší spolu každodenní pracovní problémy. Ty, které jsou manažerkami delší dobu, předávají služebně mladším vrchním sestřím tacitní znalosti (Benett, 1998, s. 591; Brockmann, 1997, s. 454), jinými slovy praktické know-how získané prostřednictvím zkušeností. Roste hodnota sdílených informací, protože ji využívá co nejvíce sester-manažerek. Společné sdílení pracovních problémů i úspěchů má význam i z pohledu psychické hygieny. Vrchní sestry používají určité strategie, jak se vztahovat k ostatním sestřím a dalším pracovníkům. Může se stát, že používané strategie přestanou být účinné. Pokud se nenaučí reagovat jinak, budou se opakovaně dostávat do neúnosných situací a opakovaně se zraňovat. Zpětná vazba a podpora ostatních vrchních sester může odhalit, co je v jejich jednání efektivní a co nefunguje.

Opakované analýzy údajů a opakované vstupy do terénu ukázaly, že výše popsaný proces, kdy sestry po ukončení školy střídají několik ošetřovatelských oborů a pracovišť, stávají se staničními a posléze vrchními sestrami, nemusí vždy probíhat podle výše popsaných parametrů. Sestry si mohou vybrat ošetřovatelský obor, který jim konvenoval, ať už z toho důvodu, že byl dostatečně dynamický, či známý z dob studií na zdravotnické škole. K Ukotvení v oboru může dojít na začátku pracovní kariéry. Jde o klasický obraz pracovní kariéry u jediného zaměstnavatele. Pro tento určitý obor se rozhodly, zde získávaly své první profesní zkušenosti a upevňovaly dovednosti. Nemají zkušenosti z jiných ošetřovatelských oborů a často ani z jiných pracovišť. Na rozdíl od

sester, které vystřídalý několik pracovišť, neznají jinou organizaci ošetrovatelské péče než své pracoviště. Ve svém oboru se ovšem dále vzdělávaly, mají specializaci či specializace. Na svém pracovišti chtěly vyniknout, často pracovaly jako Vedoucí směny, později Staniční sestry či jako Zástupkyně vrchní sestry pro určitou oblast ošetrovatelské péče na velké klinice (podobně jako informant Jindra). Zástupkyně vrchní sestry nemusí mít předchozí zkušenost z pozice staniční sestry, je např. jmenována vrchní sestrou, protože má vysokoškolské vzdělání a zájem o konkrétní oblast ošetrovatelské péče. Tak se ukazuje, že předchozí výše popisovaný model pochopitelně může mít v reálném životě řadu modifikací. (Jak to ostatně platí pro každý konstruovaný model sociální skutečnosti.)

4.8.6 Formulace a ověřování výroků o vztazích

V předchozí části 5.8.5 jsem předložila návrh teorie ve formě narativního záznamu a nyní budu v intencích základních zásad aplikace metody zakotvené teorie formulovat výroky o vztazích, ověřovat tyto výroky podle údajů z rozhovorů a sledovat, zda odpovídají v obecném smyslu a většině případů. Výroky jsem porovnávala s každým případem, zde uvádím ty výroky, které odpovídaly v obecném smyslu většině případů. U sester existuje soubor relevantních osobnostních charakteristik a životního a pracovního vývoje, které vedou do manažerské pozice vrchní sestry. Jsou obsaženy v kategoriích Sourozenectví, Leaderovství, Ambice řídit, Ctižádost a v pracovních strategiích Hledání oboru, Kolečko (střídání oborů) a Ukotvení v oboru. Přičemž sestry se dostávají do pozice vrchní sestry také kratší cestou, to je výběrem toho „svého“ oboru hned po škole, ale za přispění kategorie, kterou jsem nazvala Štěstí, tj. když je právě volné pracovní místo v oboru, ve kterém potom dojde k jejich Ukotvení. Další výroky uvádím v přehledu:

- Jestliže sestry měly děti, vybíraly pracoviště, jehož provoz dovoloval péči o děti.
- Jestliže sestry střídaly ošetrovatelské obory či pracoviště, získávaly nové znalosti, dovednosti a profesní zkušenosti.
- Když se sestry ukotvily ve „svém“ oboru, začala se odvíjet jejich manažerská kariéra.
- Do pozice staniční sestry byly sestry vytipované svými nadřízenými.
- Sestry byly na pozici staniční sestry spokojené více než na pozici vrchní sestry.
- Jestliže sestry zastupovaly staniční sestry, rychleji se adaptovaly na pozici staniční sestry.

- Jestliže staniční sestry zastupovaly vrchní sestru, rychleji se orientovaly v administrativních činnostech na pozici vrchní sestry.
- Jestliže vrchní sestra pracovala během své předchozí pracovní kariéry ve zdravotnické organizaci, kde nyní zastává manažerskou pozici, zná kulturu organizace.
- Když vedoucí sestra nastoupí na manažerskou pozici je vystavena testování od podřízených sester.
- Pokud odejde sestra z manažerské pozice, obvykle neodchází pracovat jako „řadová“ sestra k lůžku.
- Vrchní sestry sdílejí na neformální půdě s ostatními vrchními sestrami své pracovní problémy.
- Společné sdílení pracovních problémů i úspěchů vrchních sester redukuje pracovní stres.
- Vrchní sestry, které jsou manažerkami delší dobu, předávají služebně mladším vrchním sestram praktické know-how získané prostřednictvím zkušeností.
- U vrchních sester se vyskytuje méně častý klasický obraz pracovní kariéry u jediného zaměstnavatele.
- Vrchní sestry, které prošly během své pracovní kariéry více ošetrovatelskými obory a pracovišti, jsou flexibilnější.

Těmto uvedeným výroky by bylo třeba se věnovat, aby se prověřily a tím pádem verifikovaly nebo falzifikovaly.

4.8.7 Proces v zakotvené teorii

V dalším kroku analýz postupujících ve smyslu zakotvené teorie doporučující hledat ve zjištěných datech dynamiku, jsem se znovu vrátila ke kategoriím a zjistila, že údaje lze oživit tím, když nahlédnu jednání nebo interakce v určitých okamžicích a spojím je do sekvence. V údajích jsem potom hledala změny. Bylo nutné vrátit se k paradigmatickému modelu (4.8.2) a zjistit, na kterém místě se může vyskytnout změna podmínek a co se v jejím důsledku stane. Paradigmatický model profesní kariéry vrchní sestry znázornil, jak již bylo uvedeno, že sestra prochází určitými stádii (Hledání oboru, Volba oboru, Kolečko, Z nouze ctnost, Ukotvení v oboru). Zde dochází k pohybu a změně při přechodu do jiného stádia profesní dráhy. Tento proces změny se může v paradigmatickém modelu objevit v určitém kontextu. Sestra mění pracovní strategie, např. po ukončení školy hledá obor, zvolí obor, ve kterém zůstává určitou

dobu, dále mění pracoviště, aby posléze zakotvila v určitém oboru. Ke změně dochází, protože v daném čase není k dispozici volné pracovní místo, sestra se stěhuje za manželem a pracovní místo mění, dalším důvodem může být nespokojenost s oborem, pracovním týmem, s atmosférou ve zdravotnické organizaci či nutnost péče o malé děti.

Pro úplnost zmíním i možné odchylky od tohoto schématu. Všechny sestry nepostupují popsanou trajektorií, ani stejně rychle. Model postupu v profesní dráze i pracovní strategie se mění změnou kontextu.

Ani centrální kategorie v uvedeném paradigmatickém modelu není statická. I zde lze najít při bližším prozkoumání subkategorií a jejich vlastností určitý skrytý pohyb, i když na první pohled třeba ne tak zřetelný. Sestra se stává staniční sestrou a potom výběrem v konkurzu vrchní sestrou. Tak se vynořuje řada otázek, např. zda je tento postup ideální. Zda postupují sestry stejně rychle, zda se každá staniční sestra dostane do pozice vrchní sestry, zda získá funkci náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Tyto a podobné konsekvence jsou ovlivňovány např. interpersonálními vztahy, třeba tím, že jedné sestře se dá přednost před druhou, dále určitými personálními konstelacemi, jako je uvolnění určité manažerské pozice apod. (subkategorie Štěstí). Postup v manažerské kariéře podporují také subkategorie jako je Loajalita sester, Vzdělání, ale i Osobnostní předpoklady.

V analýze příběhů jsem odhalila, že vrchní sestry mění styly řízení v závislosti na aktuální situaci. Naznačila jsem, že jde o proces. Je ovšem otázkou, co vede sestru-manažerku ke změně tohoto stylu. V průběžných kombinacích s analyzovanými daty lze dospět k náhledu, že tuto změnu může vyvolat jistý soubor intervenujících podmínek, zahrnutých v zkonstruovaných kategoriích jako Osobní a osobnostní předpoklady, Manažerské zkušenosti a Znalost řízení a vedení. Názornou ukázkou změny stylu řízení je situace sdělená řadou informantek: jestliže staniční nebo vrchní sestra zjistila chybu v poskytování ošetrovatelské péče, změnila svůj styl řízení na autoritativní, často zcela nekompromisně. Pokud podřízená sestra chybu napravila, objevil se styl řízení demokratický či partnerský, v některých případech i styl Laissez-faire, pokud se na ošetrovací jednotce nic závažného nedělo. Ke změně tedy nedošlo jen v souboru intervenujících podmínek, ale i v souboru strategií jednání a interakcí.

4.8.9 Matice podmiňujících vlivů

V předchozím textu jsem se zabývala různými druhy podmiňujících vlivů (kauzální, kontextuální, intervenující), následky a jejich cíleným spojováním s jednáním a interakcemi vrchních sester. Zde se pokusím uvést spojení explicitně a komprimovat použitou metodu analýzy tak, aby vytvořila kontextuální rámec zkonstruovaných profesních drah vedoucích sester. Existují totiž podmiňující vlivy, které jsou ve vztahu k jejich jednání a interakcím bližší nebo vzdálenější. Pro názornost budu modifikovat matici, kterou uvádějí Strauss, Corbinová (1999, s. 121). Používám ji jako analytický nástroj (viz na následující straně Obr. 7: Matice podmiňujících vlivů), který každou z definovaných úrovní prezentuje v její nejabstraktnější podobě.

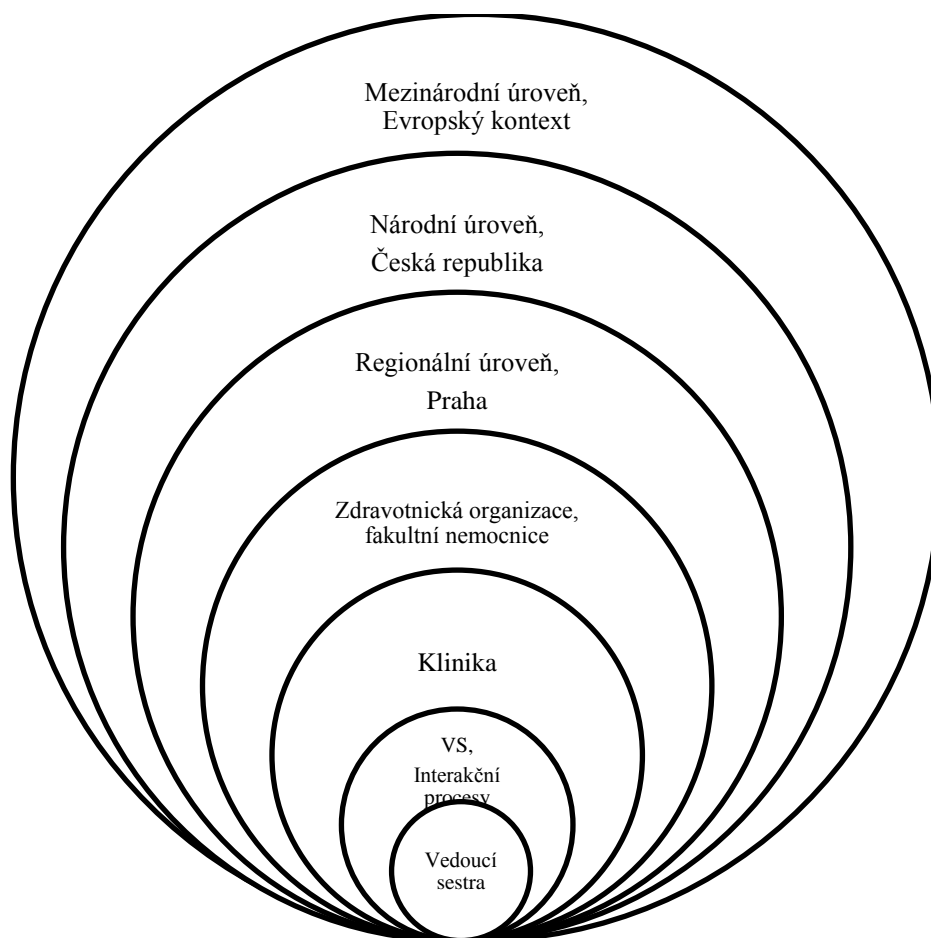
O nejvyšší úrovni můžeme uvažovat jako o úrovni mezinárodní (především o evropském kontextu). Je tvořena aspekty jako společenství sester v rámci International Council of Nurses (ICN), zásadní principy ošetrovatelství, mezinárodní zdravotní politika, opatření Evropské unie vztahující se ke zdravotnictví a vzdělávání sester, kulturní hodnoty a normy evropské společnosti, ekonomické procesy, mezinárodní problémy ad.

O stupeň nižší úroveň, kterou označuji jako národní (Česká republika), zahrnuje dimenze: kulturní vlivy, zdravotní a školská politika, vládní opatření v oblasti zdraví, řízení zdravotnické organizace (informantky byly zaměstnankyněmi fakultních nemocnic, které zřizuje Ministerstvo zdravotnictví ČR), historické souvislosti ošetrovatelské profese, národní ekonomika, společenství sester v rámci České asociace sester (ČAS) ad.

Následuje úroveň regionální, která obsahuje řadu již uvedených charakteristik, ovšem odpovídajících této oblastní úrovni, dále specifika hlavního města (některé informantky se přistěhovaly z menších měst do Prahy), členství některých informantek v Regionu Praha či některé sekce jako součástí ČAS.

Další prstenec představuje zdravotnická organizace, tedy fakultní nemocnice, kde informantky působí na střední úrovni jejich organizační struktury. K podmínkám, které v jednání informantek intervenují, tu patří historie konkrétní zdravotnické instituce, organizační a provozní řády, standardy ošetrovatelské péče, úroveň interakce mezi nadřízenými a podřízenými strukturami, vztahy s náměstkyní ošetrovatelské péče, podpora top managementu, aktuální problémy organizace ad.

Obr. 7: Matice podmiňujících vlivů



Vysvětlivka: VS = vrchní sestra

Detailnějším stupněm je potom část zdravotnické organizace, klinika. Zde se promítají především podmínky z předchozích i následujících úrovní zdravotnické instituce (zdravotnická organizace, skupina vrchních sester) a dále vztahy mezi vedoucím kliniky a vrchní sestrou, ale i jejich vztahy k podřízenému personálu, interakce s dodavateli zdravotnického materiálu a dalších komodit potřebných k zajištění péče o nemocné ad.

Ještě hlouběji se dostáváme na úroveň skupiny vrchních sester, u níž se při analýze dat vynořila subkategorie Sdílení ve smyslu prožívání stejného údělu, které se manifestuje setkáváním se na neformální a formální platformě (poradách), ale lze sem zahrnout též vztahy s náměstkyní ošetrovatelské péče, vzájemné předávání know-how atd. Avšak i vlivy rodin informantek či zájmových skupin a přátel.

Následuje úroveň interakčních procesů, kam je možno zahrnout fenomény související se vztahy vrchních sester k ostatním i sobě samým: komunikace se staničními sestrami (subkategorie Užší tým, Poradní sbor), rozhodování, manažerské

strategie (Styly řízení), sebereflexe (Selfmanagement), kontakt s ostatními vrchními sestrami (již zmiňované Sdílení).

Konečně se dostáváme do jádra matice, představujícího jednání a strategii vrchních sester. Na této úrovni jsem identifikovala několik kategorií základních kauzalit. Jednak, příčinné podmínky, které ovlivňují profesní dráhu vrchní sestry: Sourozenectví, Leaderovství, Ctižádost a Ambice řídit. Dále kontextuální podmínky jako jsou pracovní strategie (subkategorie Hledání oboru, Kolečko, Z nouze ctnost, Ukotvení v oboru). Konečně též intervenující podmínky ve vztahu k sobě (Budování manažerské kariéry, Styčný důstojník, Vrchní velitel) a manažerské strategie ve vztahu k podřízeným sestram (Styly řízení, Určování a udržování rytmu práce). Informantky současně vnášely do zkoumaných dat své vlastní zkušenosti a postoje, jakož i hodnoty a normy svých národních i regionálních kultur.

Konkrétní podoba a intenzita působení uvedených charakteristik vyplývá z její příslušnosti do konkrétního prstence matice a současně podléhá míře aktuálnosti určité konstelace širšího či užšího vzájemného působení mezi ní a ostatními proměnnými. Samozřejmě platí, a aplikační praxe zakotvené teorie napovídá, že jakýkoli z uváděných fenoménů se v rámci svého prstence či v konfrontaci působení na vyšší či nižší úrovni dá posléze zkoumat samostatně (lze např. studovat vztahy vedoucích sester a jejich podřízených, interakce sester v ošetrovatelském týmu, dopady evropských standardů péče na konkrétní ošetrovací jednotku v českých podmínkách apod.).

Shrnutí

Zvolený kvalitativní přístup zprostředkoval pochopení hlubších vrstev zkušeností, postojů, názorů, pracovních a životních strategií vedoucích sester. Pomohl identifikovat jednotlivé fáze budování profesní a manažerské kariéry sester, porozumět jejich postojům a reakcím i způsobům vedení a řízení ošetrovatelských týmů.

Vzhledem k tomu, že výsledky realizovaného šetření poměrně podrobně shrnuji v následující závěrečné kapitole práce, zde se omezím jen na několik drobných metodologicko-technických poznámek.

Předně chci podotknout, že v intencích základních zásad aplikace metody zakotvené teorie jsem ověřila výroky o vztazích (viz 4.8.6) podle údajů z rozhovorů a

zjistila, že odpovídají v obecném smyslu a většině případů. Těmto výrokům, z nichž některé svou podobou vzdáleně připomínají výzkumnou hypotézu, by tedy bylo třeba se dále věnovat podrobněji, učinit je předmětem nějakých dalších výzkumných postupů, možná i kvantitativní podoby, aby se prověřily a tím pádem verifikovaly nebo falzifikovaly.

Za zmínku dále stojí, že mou původní představou bylo zaměřit se na staniční a vrchní sestry, obecněji tedy na vedoucí sestry. Předpokládala jsem, že oslovená vedoucí sestra navrhne pro další rozhovor někdy vrchní, jindy staniční sestru. Objekty mého výzkumného zájmu však směr výběru určily samy. Zvolený způsob, tzv. metoda sněhové koule, totiž zafungovala tak, že vrchní sestra vybírala zase jen vrchní sestru. Jak už jsem popsala a vysvětlila v kapitole 4.8.4, důvodem toho bylo právě ono Sdílení (společných pracovních a manažerských problémů), které se vynořilo jako významná kategorie při kvalitativní analýze manažerské pozice. Cíl své studie jsem tedy na základě této skutečnosti upřesnila a dál se zabývala analýzou profesní dráhy a manažerské pozice vrchní sestry. Ovšem ani pozici staniční sestry jsem tak úplně neopustila, neboť informantky touto pozicí též prošly a v rozhovorech ji nezdědka zmiňovaly, neboť právě zde totiž získávaly své první manažerské „ostruhy“.

Třeba přiznat, že v průběhu analytického zpracovávání dat jsem stála před dilematem, jakou kategorii zvolit jako ústřední. Rozhodovala jsem se mezi dvěma akcentovanými kategoriemi Profesní kariéra a Vedoucí sestra. Rozvíjet současně dvě teorie by však bylo velmi obtížné, proto jsem se rozhodla pro centrální kategorii Vedoucí sestra, neboť ta byla naprosto výrazná ve všech provedených rozhovorech.

Konečně je třeba uvést záležitost poněkud osobní, nicméně pro aplikaci metody zakotvené teorie velice podstatnou, ne-li zásadní. Autoři metody považují za nezbytné, aby výzkumník při její aplikaci disponoval určitou úrovní tzv. teoretické citlivosti (Strauss, Corbinová, 199, s. 27–31), tedy schopnosti rozpoznat, co je v získaných datech důležité a čemu tedy přisoudit smysl. Proto jsem se nad tímto jejich požadavkem nutně musela před realizací svého šetření zamyslet. Shledala jsem, že jedním ze zdrojů mé teoretické citlivosti je vlastní profesní zkušenost v oboru ošetrovatelství, díky které vím, jak to ve zdravotnické organizaci „chodí“ a co profese sestry obnáší. Tyto znalosti mi také pomohly výpovědím informantek lépe porozumět. Na druhou stranu jsem si dokázala uvědomit, že osobní zkušenosti spojené s určitou předpojatostí, domněnkami i dosavadními znalostmi a zkušenostmi mohou vnímání některých skutečností ovlivnit. Proto jsem používala některé postupy, které tomu měly bránit, jako např. opakované

kladení otázek ke zkoumanému tématu či porovnávání protikladů. Za další zdroj své citlivosti jsem považovala dlouholetou praxi ve vedení psychoterapeutických rozhovorů, která mi usnadňovala navázání kontaktu a udržování hovoru. Tato citlivost se též v průběhu samotné analýzy dat prohlubovala, ať již to bylo při jejich shromažďování, hledání odpovědí v údajích, přemýšlení při tvorbě teoretických kategorií či porovnávání vztahů mezi nimi. Mou teoretickou citlivost současně tříbily odborné knihy, články a dokumenty, které se vztahovaly ke zkoumanému jevu a ze kterých jsem čerpala potřebné poznatky.

5 ZÁVĚR

Jak jsem formulovala v úvodu, cílem práce zaměřené na pracovní strategii sester na řídicích pozicích byla analýza profesní dráhy a manažerské pozice vedoucí sestry v závislosti na podmínkách zdravotnického zařízení. Účelem mého zkoumání bylo porozumět hodnotám a postojům vedoucích sester; objasnit jejich rozhodovací strategie při volbě profesní dráhy a manažerské pozice, pochopit, jak se vyvíjely jejich kariérní manažerské dráhy, identifikovat styl vedení a řízení ošetrovatelského týmu a zmapovat, jak se navzájem prolínají a ovlivňují jejich životní a pracovní dráhy.

Analýza manažerských pozic v ošetrovatelství ukázala, že vedoucí sestry pracují obvykle na třech úrovních, top management (vrcholový), middle management (střední) a lower management (první linie). Sestra-manažerka má pravomoci a odpovědnost v oblasti vedení a řízení ošetrovatelského personálu ve všech pracovních směnách a na všech ošetrovacích jednotkách. Za dnešní situace, kdy práce vedoucích sester zahrnuje ve větší míře i řadu manažerských činností, musejí především řídit ošetrovatelskou péči a vést své podřízené.

Studium odborné literatury mi ukázalo, že zahraniční výzkumy se zaměřují především na vzdělávání sester-manažerek a na řízení a vedení ošetrovatelských týmů. V české odborné literatuře jsem se setkala zejména od 70. let s šetřeními, která se zabývají pozicemi staniční a vrchní sestry. Jde většinou o teoreticko-praktické studie, které řeší otázky postavení vedoucích sester v organizační struktuře zdravotnických zařízení, jejich vzdělávání, jakož i otázky jejich výkonu a pracovních náplní. Problematika staniční a vrchní sestry byla odlišná v tom, že pozice vrchní sestry byla v řízení oddělení na rozdíl od staniční sestry vcelku jasná. Přesto prodělávala změny v souvislosti s rozvojem ošetrovatelství, ošetrovatelské péče a vedení a řízení ošetrovatelských týmů. Výzkumné studie ukázaly, že jak staniční tak vrchní sestra vykonává v praxi činnosti, které striktně vzato ne vždy odpovídají jejich pracovní náplni.

Struktura manažerských pozic v ošetrovatelství prošla po roce 1989 podstatnými změnami. Hlavním důvodem byly politické, ekonomické a sociální proměny celé společnosti. Nové poměry ve zdravotnictví zákonitě kladly vyšší nároky na manažerské schopnosti řídicího aparátu, neboť vyžadovaly náročnější způsoby řízení, než byly uplatňovány v předchozím systému hierarchické správy. Realizace základních funkcí

managementu jako plánování, organizování, kontrolní činnost a vedení lidí, je v podmínkách ošetrovatelské péče obohacena o řadu specifických aspektů. Stejně tak další důležité fenomény jako týmová práce a kooperace získávají v oblasti péče o lidské zdraví své typické konsekvence. Jedním z důležitých pilířů fungování zdravotnické organizace je kvalitní střední a vrcholový management.

Vzdělávání vedoucích sester prošlo od 50. let minulého století do současnosti rozsáhlým vývojem, od nahodilých školení až po systematickou přípravu v rámci specializačního vzdělávání. Významným mezníkem ve vzdělávání sester bylo založení Střediska pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v roce 1960 v Brně. V roce 1973 vznikla nástavbová specializace v úseku organizace a řízení práce středních zdravotnických pracovníků, která v průběhu času doznala změn. Po roce 1989 byla akreditována řada vzdělávacích programů na vysokých školách se zaměřením na zdravotnický management. Na vyšších pozicích ve zdravotnických organizacích (ředitelé, náměstci) by mělo být podmínkou pro výkon funkce i vzdělání v oblasti veřejného zdravotnictví.

Uvedené poznatky a údaje, ke kterým jsem došla při analýzách základních manažerských pozic v ošetrovatelství a řady publikovaných domácích i zahraničních výzkumných studií, dále při ujasňování specifik základních funkcí managementu v podmínkách ošetrovatelství a při deskripci významných vzdělávacích programů pregraduálního a celoživotního vzdělávání sester na ošetrovatelských manažerských pozicích, jsem využila jako výchozí poznatkový rámec pro své terénní šetření. V něm jsem data získaná technikou polostrukturovaných rozhovorů s vybranými vrchními sestrami ve fakultních nemocnicích integrovala za pomoci jednoho z klasických kvalitativních přístupů, prostřednictvím tzv. metody zakotvené teorie. Toto empirické šetření osobně považuji za těžiště předkládané práce.

Na základě systematického shromažďování dat o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů jsem odhalila, vytvořila a následně ověřila teorii induktivně odvozenou od zkoumaného jevu, který reprezentuje. Zkonstruovala jsem návrh teorie profesního paradigmatu vedoucích sester, ve kterém jsou významnými kategoriemi Ctižádost a Ukotvení v ošetrovatelském oboru, což jsou kategorie vedoucí přes pozici Staniční sestry ke střední manažerské pozici Vrchní sestry.

Predispozici řídit jsem identifikovala v rodinných konstelacích a v sebeprosazování se, např. v roli leadera třídy v základní či střední škole. Ctižádost sester se projevuje více či méně zřetelně ve všech fázích profesní kariéry (při hledání, střídání a ukotvení v ošetrovatelském oboru), které jsem při zkoumání odkryla. Ambici řídit a prosadit se v manažerské pozici lze dedukovat z jejich vyjádření ve smyslu dosáhnout vyšších met a prosadit se mezi ostatními sestrami. I v oblasti vzdělávání se snažily dosáhnout vyšších cílů, studovaly při zaměstnání vysokou školu, absolvovaly specializační vzdělání.

Na počátku své profesní dráhy neměly sestry jasnou představu o svém kariéřním postupu. Manažerskou kariéru začaly budovat až když obrazně řečeno „zakotvily“ v určitém oboru, ve kterém své znalosti a dovednosti dále rozšiřovaly a prohlubovaly. Některé se staly nejprve vedoucími směn, případně zástupkyněmi staniční sestry a potom staničními sestrami obvykle na základě vytipování svými nadřízenými. Zahájení jejich manažerské dráhy provází nedostatek zkušeností a znalostí z oblasti řízení a vedení lidí.

Identifikovala jsem, že na počátku působení ve funkci procházejí obdobím, kdy se seznamují se svými novými kompetencemi a činnostmi. Staniční sestra je zpočátku vystavena jakémusi testování ze strany ošetřujícího personálu, který zkoumá mantinely jejich vzájemných osobních a pracovních interakcí. Adaptace v manažerské pozici je snazší, když sestra nastupuje do funkce ve zdravotnickém zařízení, v němž doposud působila.

Staniční sestra se dostává na pozici vrchní sestry prostřednictvím výběrového řízení. Pokud byla vystavena zmíněnému testování od podřízených sester na pozici staniční sestry, snáší tuto situaci na pozici vrchní sestry lépe, neboť si tímto rituálem již prošla.

Výraznou motivací pro setrvání na obou manažerských pozicích je realizace vlastních konceptů ošetrovatelské péče a aktivní zavádění nových ošetrovatelských postupů, které dále mohou kontrolovat, vyhodnocovat a zavádět do běžné klinické praxe. Na střední manažerské pozici se objevuje fenomén sdílení, sdílení společného „osudu“ vrchních sester. Ty, které jsou manažerkami delší dobu, předávají služebně mladším praktické know-how získané zkušenostmi. Nejčastějším stylem jejich řízení je kombinace autoritativního, demokratického a konzultativního stylu používaného v závislosti na aktuálně řešené situaci.

Vedoucí sestry reflektují jako velký problém ve své práci konflikty v oblasti mezilidských vztahů. Sestry jsou spokojené zejména na pozici staniční sestry, a pokud uvažují o odchodu z funkce, tak z důvodu aspirace na vyšší post. Jako problematický až nemožný vidí návrat zpět mezi „řadové“ sestry.

Vcelku dobře se jim daří skloubit pracovní nasazení a péči o rodinu. Vrchní sestry ze zkoumaného souboru se společensko-politicky aktivně neangažovaly, ale vítají vznik komory sester, i když jsou některé skeptické, zda komora bude schopná hájit zájmy sester pracujících u lůžka pacienta.

Ve zjištěných datech jsem našla jistou dynamiku. V paradigmatickém modelu profesní dráhy vrchní sestry se objevil progresivní pohyb. Všechny sestry nepostupují výše popsanou trajektorií, ani stejně rychle. Model postupu v profesní dráze i pracovní strategie se modifikují změnou kontextu. Rovněž ústřední kategorie Vedoucí sestra v uvedeném paradigmatickém modelu není statická, neboť při bližším prozkoumání subkategorií a jejich vlastností lze najít určitý skrytý pohyb, i když na první pohled třeba ne tak zřetelný. Sestry nepostupují v kariéře stejně rychle, což je ovlivněno např. interpersonálními vztahy či určitými personálními konstelacemi. Postup v manažerské kariéře v sobě zahrnuje též dynamiku ovlivněnou např. loajalitou sester, jejich vzděláním, ale i osobnostními předpoklady.

Teoretický model profesního paradigmatu vedoucích sester, zkonstruovaný na základě analýz empirických dat, otevírá cestu k dalšímu zkoumání, ve kterém bude případně možné prověřit některé detailnější konsekvence, např. průběh profesní dráhy sester, jejich styly řízení ad.

Získané a utříděné poznatky přispívají k obohacení současného stavu poznání určitých segmentů problematiky ošetrovatelství. Top management zdravotnických organizací jich např. může využít při plánování a realizaci některých opatření v oblasti řízení lidských zdrojů a vzdělávací instituce pro lepší a přesnější nastavení vzdělávacích konceptů budoucích vedoucích sester.

Jak už bylo řečeno, data z polostrukturovaných rozhovorů byla explorována metodou zakotvené teorie. Postupovala jsem v jejích intencích krok za krokem a zároveň se učila užívat analytické postupy jako otevřené, axiální a selektivní kódování, které nakonec umožnily vytvořit paradigmatický model profesní dráhy vedoucí sestry včetně aspektů její manažerské pozice a její pracovní strategie.

Zvládnutí zvoleného postupu a dokončení zkoumání bylo časově a pracovně náročné, vyžadovalo vytrvalost, překonávání některých nepříjemných momentů, ale i jistou dávku štěstí. Vedle hlubšího poznání zkoumané problematiky spatřuji v této aplikaci metody zakotvené teorie ještě jeden dle mého názoru významný přínos, možno říci, že obecnější metodologické povahy. I když byla tato metoda nejen svými autory poměrně hojně užívána v oblasti zdravotnictví v USA, prokázala jsem, že je reálně aplikovatelná i v podmínkách českého ošetřovatelství.

6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADAIR, John E. 2007. *How to Grow Leaders: The seven key principles of effective leadership development*. 2nd ed. London : Kogan Page US, 2007. 187 p. ISBN 10:0-7494-4839-3.

ARMSTRONG, Michael. 2007. *Řízení lidských zdrojů*. 10. vyd. Praha : Grada, Publishing a.s., 2007. 800 s. ISBN 978-80-247-1407-3.

BAILEY, Chris, FROGGATT, Katherine, FIELD, David, KRISHNASAMY, Meinir. 2002. The nursing contribution to qualitative research in palliative care 1990–1999: a critical evaluation. *Advanced Nursing*. 2002, 40, 1, p. 48–60. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02339.x.

BANKOVNÍ INSTITUT, Vysoká škola. *Bankovní institut, Vysoká škola* [online]. 5.12.2012, [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: <http://old.bivs.cz/>.

BAŠNÁ, Marta. 1969. Pracovní náplně staničních a vrchních sester. *Zdravotnická pracovnice*. 1969, 19, 3, s. 133–135.

BAŠNÝ, František. 1975. Na prahu další etapy. *Zdravotnická pracovnice*. 1975, 25, 12, s. 699–701.

BEAUMONT, Lise. 1996. Du système en équipe au soin global. *L'infirmière du Québec : revue officielle de L'Order des infirmières et infirmiers du Québec*. 1996, 4, 3, p. 36–38. ISSN 1195-2695.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. 2001a. *Principles of Biomedical Ethics*. New York : Oxford University Press, 2001. Respect for Autonomy, p. 57–112. ISBN 0-19-514331-0.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. 2001b. *Principles of Biomedical Ethics*. New York : Oxford University Press, 2001. Nonmaleficence, p. 114–164. ISBN 0-19-514331-0.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. 2001c. *Principles of Biomedical Ethics*. New York : Oxford University Press, 2001. Beneficence, p. 165–224. ISBN 0-19-514331-0.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. 2001d. *Principles of Biomedical Ethics*. New York : Oxford University Press, 2001. Justice, p. 225–282. ISBN 0-19-514331-0.

BENETT, Robert, H. 1998 The importance of tacit knowledge in strategic deliberations and decisions. *Management decision*. 1998. 36, 9, p. 589–597. ISSN 0025-1747.

BOONE, Joel T. 2001. Birth of the Helo Deck. *Navy Medicine*. 2001, 92, 4–5, p 24–27. ISSN 0895-8211.

BROCKMANN, Erich, SIMMONDS, Paul, G. 1997. Strategic decision making: The influence of CEO (chief executive officer) experience and use of Tacid knowledge. *Journal of Managerial Issues*. 1997, 9, 4, p. 454–467. ISSN 1045-3695.

BRYMAN, Alan. 2011. Mission accomplished?: Research metods in the first five years of Leadeship. *Leadership*. 2011, 7, 1, p. 73–83. Doi: 10.1177/1742715010386864.

HARTNOLL, Robert (Ed). 2003. *Výběr vzorku metodou sněhové koule: Snowball Sampling*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády. 2003. 108 s. ISBN 80-86734-08-0.

HUBER, Diane L. 2006. *Leadership and Nursing Care Management*. 3rd ed. US : Elsevier Mosby Saunders. 2006. 320 p. ISBN 978-1-4160-3161-1.

CHERRY, Barbara; JACOB, Susan R. 2011. *Contemporary Nursing: Issues, Trends, Management*. 5rd ed. St. Louis, Missouri 63043 : Elsevier Mosby, 2011. Cap. 21 *Staffing and Nursing Care Delivery Models*. p. 426–435. ISBN 978-0323-06953-3.

CMC GRADUATE SCHOOL OF BUSINESS. *CMC Graduate School of Business v Čelákovicích* [online]. 6.12.2012, [cit. 2012-12-06]. Dostupné z www: www.cmc.cz/management-ve-zdravotnictvi.

CORNER, Jessica. 2003. Nursing management in palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*. 2003, 7, 2, p. 83–90. ISSN 1462-3889.

CUESTA, Carmen. 1983. The nursing process: from development to implementation. *Journal of advanced nursing*. 1983, 8, 5, p 365. ISSN 03092402.

CUMMINGS, Greta T., et al. 2008. Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *Health Services Research & Policy* [online]. 2008, 13, 4, [cit. 2011-

12-18]. Dostupné z www: <http://jhsrp.rsmjournals.com/content/13/4/240.full.pdf+html>
ISSN 1758-1060.

COOKE, Hannah; PHILPIN, Susan. 2008. *Sociology for Nursing and Healthcare*. UK : Churchill Livingstone Elsevier, 2008. 232 p. ISBN 978-0443-10155-7.

DISMAN, Miroslav. 2005. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 2. dotisk. Praha: Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum, 2005. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

DOLENSKÁ, Eva. 1979. Příprava dětských sester pro funkci staniční sestry dětského lůžkového oddělení nemocnice s poliklinikou. *Supplementu Zdravotnické pracovnice Československé ošetrovatelství* 1979, 10, 2, s. 58–64.

DONNELLY, jr., James H.; GIBSON, James L.; IVANCEVICH, John M. 2000. *Management*. 1. vyd. Praha : Grada, Publishing, 2000. 821 s. ISBN 80-7169-422-3.

DUDOVÁ, Radka; KŘÍŽOVÁ, Alena; FISCHLOVÁ Drahomíra. 2006. *Gender v managementu: kvalitativní výzkum podmínek a nerovností v ČR*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2006. 120 s.

GLADKIJ, Ivan. 2000. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. nezm. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2000. 177 s. ISBN 80-7067-503-9.

GLADKIJ, Ivan. 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno : Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

GLASER, Barney G.; STRAUSS, Anselm L. 2009. *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. 4rd ed. New York : Aldine Transaction Publisher, 2009. 271 p. ISBN 978-0-202-30260-7.

HARTNOLL, Robert. (Ed). 2003. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule: Snowball Sampling*. Rada Evropy, 2003. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-08-0.

HAŠKOVÁ, Hana, KŘÍŽKOVÁ, Alena. 2002. Možnosti skloubení práce a rodiny v životě žen. In: *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. 2002. 3, 2–3: s.8–9. ISSN 1213-0028.

- HAYES, Nicky. 2005. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmu*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 189 s. ISBN 80-7178-983-6.
- HEJDUK, Bohumil. 1937. O službě vrchní sestry na nemocničním oddělení. *Československá nemocnice*. 1937, 10, 11, s. 195–197.
- HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLČÍK, Jan. 2009. Nepodceňujme důležitost dobré koncepční práce a kompetentního řízení zdravotnictví. *Časopis lékařů českých*. 2009, 148, 3, s. 111–115. ISSN 1803-6597.
- HUBER, Diane L. 2006. *Leadership and Nursing Care Management*. 3rd ed. US : Elsevier Mosby Saunders. 2006, 320 s. ISBN 978-1-4160-3161-1.
- HUŤKOVÁ, Marie. 1970. Etika práce sestry – Pracovní náplň staniční sestry. *Zdravotnická pracovnice*. 1970, 20, 12, s. 461–466.
- CHARVÁT, Josef. 1975. Proslov k 25. výročí středních zdravotnických škol. *Zdravotnická pracovnice*. 1970, 20, 12, s. 461–466.
- JAGO, Arthur, G. Leadership: Perspectives in Theory and Research. *Management Science*. 28, 3, 1982, p. 315–336. ISSN 1526-5501 (Online)
- JAROŠOVÁ, Darja; LEDNICKÝ, Václav; KNOPOVÁ, Valentina. 2002. Vlastnosti sester-manažerek ve zdravotnictví. *Moderný medicínský manažment*. 2002, 9, 3, s. 11–12. ISSN 1335-2326.
- JAROŠOVÁ, Darja. 2006. *Základy managementu v ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 34 s. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-management%20v%20ošetřovatelství.pdf>
- JAROŠOVÁ, Darja. 2007. *Organizace a řízení ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 110 s. ISBN 20080403.
- JENKINS, Majorie; STEWART, Alice, C. 2010. The Importace of a Servant Leader Orientation. *Health Care Manage Review*. 2010, 35, 1, p. 46–54. ISSN 0361-6274, on-line ISSN 1550-5030.

- KABENE, Stefane M, et al. 2006. The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources for Health : Published online*. 2006, 4, 20, p. 1–17. Dostupné také z WWW: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/20> . ISSN doi:10.1186/1478-4491-4-20.
- KAFKOVÁ, Vlasta. 1992. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
- KOMÍNKOVÁ, Milena. 1975. 15 let. *Zdravotnická pracovnice*. 1975, 25, 5, s. 702–704.
- Koncepce ošetrovatelství. 2004. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví*. 2004, 9, s. 2–8.
- KOTRBA, Tomáš. 2010. *Struktura pracovních a manažerských činností zdravotních sester v řídicích funkcích*. Brno, 2010. 172 s. Disertační práce (Ph.D.). Masarykova univerzita, Provozně ekonomická fakulta. Vedoucí práce prof. Ing. Pavel Tomšík, CSc.
- KŘÍŽKOVÁ, Alena. 2002. Rodina a/nebo práce v životě českých manažerek. In: *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. 2002, 3, 2–3, s. 10–12. ISSN 1213-0028.
- KŘÍŽKOVÁ, Alena, VÁCLAVÍKOVÁ-HLEŠUSOVÁ, Lenka. 2002. *Sociální kontext života žen pracujících v řídicích pozicích*. 1. vyd. Praha : Sociologický ústav AV ČR, 2002. 58 s.
- KŘÍŽKOVÁ, Alena. 2004. *Životní strategie podnikatelek a podnikatelů na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha : Sociologický ústav AV ČR. 2004. 68 s.
- KŘÍŽKOVÁ, Alena; PAVLICA, Karel. 2004. *Management genderových vztahů. Postavení žen a mužů v organizaci*. 1. vyd. Praha : Management Press, 2004. 155 s. ISBN: 80-7261-117-8.
- KŘÍŽKOVÁ, Alena; MAŘÍKOVÁ, Hana; HAŠKOVÁ Hana; FORMÁNKOVÁ, Lenka. 2011. *Pracovní dráhy žen v České republice*. 1 vyd. Praha : SLON, 2011. 258 s. ISBN 978-80-7419-054-4.
- KVÁŠOVÁ, Marie. 1973. Řízení ošetrovatelské práce. *Supplementum Zdravotnická pracovnice: Československé ošetrovatelství*. 1973, 4, 2, s. 34–38.

KVÁŠOVÁ, Marie. 1976. K některým otázkám řízení aktivní ošetrovatelské péče. *Supplementum Zdravotnické pracovnice: Československé ošetrovatelství*. 1976, 6, 1, s. 16–19.

LASCHINGER, Heather K. Spence, et al. 2008. A Profile of the Structure and Impact of Nursing Management in Canadian Hospitals. *Healthcare Quarterly*. 2008, 11, 2, p. 85–94. ISSN 1710-2774.

LAŠKOVÁ, Alena. 1972. *Studie činnosti vrchních sester lůžkových oddělení NsP*. Brno : Ústav pro další vzdělávání SZP. 1972. 50 s. Závěrečná práce PSS.

LAŠKOVÁ, Alena. 1976. Průzkum činnosti vrchních sester lůžkových oddělení s poliklinikou. *Československé zdravotnictví*. 1976, 24, 7, s. 303–307.

LEONARDO DA VINCI – PROJETS PILOTES: *Recommandations pour la formation des cadres infirmiers en Europe. De l'élaboration d'un référentiel de compétences à la mise en œuvre d'actions de formation continue (Leonardo da Vinci-Pilot projects: Recommendations Regarding the training of nursing managers in Europe. From drawing up skills guidelines to implementing continuing training actions)*. 2004. Assistance Publique – Hôpitaux de Paris / Commission européenne / Agence nationale Sokrates – Leonardo da Vinci France, 2004. ISBN 2-912248-44-2.

LIN, Li Min et al. 2007. Management development: a study of nurse managerial activities and skills. *Journal of Healthcare Management*. 2007, 52, 3, p. 156–158. ISSN 1096-9012.

LOURENÇO, Maria R.; SHINYASHIKI, Gilberto. T.; TREVIZAN, Maria A. 2005. Management and Leadership: Analysis of Nurse Manager's Knowledge. *Revista Latino-Americana de Enfermagem – Latin American Journal of Nursing*. 2005, 13, 4, p. 469–473. ISSN 1518-8345 on-line vision.

LUCAS, Samuel, R. 2012. Beyond the existence proof: ontological conditions, epistemological implications, and in-depth interview research. *Quality & Quantity*, 2012, 47, 196, p.2–22. DOI 10.1007/s11135-012-9775-3.

MARKOVÁ, Eva; EISLEROVÁ, Iva. 2000. Řídící proces na úrovni staničních sester. In: *Recenzovaný sborník příspěvků II. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*.

2000. Velká Bystřice u Olomouce : [s.n.], 6.–7.9.2000. Olomouc : Univerzita Palackého, s. 78–81.

Marková, Eva. 2002. Role sestry manažerky a její vzdělávání (mezinárodní projekt Leonardo da Vinci). In: *Sborník Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství*. Olomouc 3.–4.9.2002, Grada, Avicenum, s. 243–246. ISBN 80-247-0536-2.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol J. 2009a. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 6th. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins., 2009. 654 p. ISBN 13-978-0-7817-7246-4.

MARQUIS, Bessie, L., HUSTON, Carol, J. 2009b. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 6th. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins., 2009. Cap. 2 Classical Views of Leadership and Management, s. 31–46. ISBN 13:978-0-7817-7246-4.

MCCALLIN, Antoinette M, FRANKSON Carol M. 2010. The Role of the Charge Nurse Manager: a Descriptive Exploratory Study. *Journal of Nurse Management*. 2010, 18, 3, p. 319–325. ISSN 0966-0429, ISSN on-line 1365-2834.

MERTON, Robert, King. 2007. *Studie ze sociologické teorie*. Praha: Slon (Sociologické nakladatelství), 2007. 276 s. ISBN 80-86429-70-9.

MOUNT, Balfour M. 2003. Existential suffering and the determinants of healing. *European Journal of Palliative Care*. 2003, 12, 3, p. 40–42. ISSN (Online). 1479-0793

MOSER, Michael J. 2008. Core Academic Competencies for Master of Public Health Students: One Health Department Practitioner's Perspective. *American Journal Public Health*. 2008, 98, 9, s. 1559-1561. DOI: 10.2105/AJPH.2007.117234.

MUSILOVÁ, Květa. 1972. *Požadavky na výběr a vzdělávání vrchních sester lůžkových oddělení NsP*. Brno : Ústav dalšího vzdělávání SZP.1972. 85 s. Závěrečná práce PSS.

MUSILOVÁ, Květa. 1974. K problematice pracovní činnosti vrchní sestry. *Supplementum Zdravotnické pracovnice: Československé ošetrovatelství*. 1974, 5, 2, s. 50-56.

MUSILOVÁ, Květa. 1975. Náplň práce vrchní sestry jako východisko zkoumání předpokladů pro výkon této funkce. *Supplementum Zdravotnické pracovnice: Československé ošetrovatelství*. 1975, 6, 2, s. 47–57.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada, Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

Nařízení vlády č. 31: o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: *Sbírka zákonů*. 2010, 10, 31, s. 338–343.

NOVÝ, Ivan; SURYNEK, Alois. 2006. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2. vyd. přeprac. a rozšíř. Praha : Grada Publishing, 2006. 288 s. ISBN 80-247-1705-0.

O'HALLORAN, Peter; PORTER, Sam; BLACKWOOD, Bronagh. 2010. Evidence Based Practice and its Critics: what is a Nurse manager to do? *Journal of Nurse Management*. 2010, 18, 1, p. 90–95. ISSN 0966-0429, ISSN on-line 1365-2834.

ONDRÁČKOVÁ, Marie. 1976. Úkoly vrchní sestry v současném pojetí nástupní praxe absolventek Střední zdravotnické školy. *Zdravotnická pracovnice*. 1976, 26, 8, s. 493–495.

Organizační a provozní řád fakultní nemocnice Motol. Vnitřní předpis. 2012.

PACOVSKÝ, Vladimír. 1975. *O moderním ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1975. 71 s.

PALIADELIS, Penny. 2005. Rural Nursing Unit Managers: Education and support for the role. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy* [on-line]. 2005, 5, 325, [cit. 2011-02-18]. Dostupné z WWW: <http://rrh.deakin.edu.au>.

PELIKÁN, Jiří. 2007. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. 270 s. ISBN 978-80-7184-569-0.

PLOEG, Jenny. 1999. Identifying the best research design to fit the question.: Part 2: qualitative designs. *Evidence Based Nursing*. 1999, 2, 2, p. 36–37. DOI: 10.1136/ebn.2.2.36.

PODOLSKÁ, Marie. 1973. Studie činnosti staničních sester ošetrovacích jednotek nemocnice s poliklinikou I.–III. typu. *Supplementum Zdravotnické pracovnice: Československé ošetrovatelství*. 1973, 4, 1, s. 15–22.

PROJECT HOPE, o.p.s. *Project HOPE* [online]. 10.12.2012, [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: www.projecthope.org.

PROKOPOVÁ, J. 1972. Názory vrchních sester porodnicko-gynekologických oddělení na etické problémy na těchto pracovištích. *Supplementum Zdravotnické pracovnice: Československé ošetrovatelství*. 1972, 3, 2, s. 43–45.

RÁSTOCKÁ, Iva. 1975. Prínos ďalšieho vzdelávania SZP v ich práci. *Zdravotnícká pracovnice*. 1975, 25, 10, s. 594–596.

RAUP, Glenn H. 2008. The Impact of ED Nurse Manager Leadership Style on Staff Nurse Turnover and Patient Satisfaction in Academic Health Center Hospitals. *Journal of Emergency Nursing*. 2008, 34, 5, p. 403–409. ISSN 0099-1767.

REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha : Grada Publishing, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

REJZEK, Jiří. 2012. *Český etymologický slovník*. 12. nezměn.vyd. Voznice: Leda, 2012. 752 s. ISBN 978-80-7335-296-7.

RYS, Jan; VLČEK, Jaroslav. 1956. *Všeobecná nemocnice v Praze: Její vznik a osudy v letech 1790–1950*. 1. vyd. Praha : SZdN, 1956.

SELLGREN, Stina; EKVALL, Göran; TOMSON, Göran. 2006. Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *Journal of Nursing Management*. 2006, 14, 6, p. 348–355. ISSN 1365-2834.

Služební instrukce ošetrovatelek nemocných ve Všeobecné nemocnici v Praze (27. ledna 1931). Praha : Všeobecná nemocnice, (vl. náklad). 1931.

STAŇKOVÁ, Marta. 1981. Některé otázky řízení ošetrovatelského týmu. *Supplementum Zdravotnické pracovnice: Československé ošetrovatelství*. 1981, 12, 1, s. 2–7.

STRAUSS, Anselm. L., CORBINOVÁ, Juliet. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice : Albert. 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

ŠIMŮNKOVÁ, Marta. 2012. Bez fungujícího veřejného zdravotnictví si nelze představit reformu. *Medical Tribune*. 2012, 8, 9, s. 8. ISSN 1214-8911.

ŠNAJDR, V. 1977. Účast středního zdravotnického pracovníka na činnosti při řízení ústavů národního zdraví. *Zdravotnická pracovnice*. 1977, 27, 9, s. 528–529.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Olga. 1976. Teorie řízení v dalším vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. *Zdravotnická pracovnice*. 1976, 26, 3, s.162–163.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Olga; DOLENSKÁ, Eva; KOUDELKOVÁ, Anna. 1983. Studie k dosavadnímu řešení funkce vrchní a staniční sestry. *Supplementum Zdravotnické pracovnice: Československé ošetrovatelství*. 1983, 14, 1, s. 15–21.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Olga; TYPNEROVÁ, L. 1980. O toku informací mezi vrchní sestrou a sestrami. *Supplementum Zdravotnické pracovnice: Československé ošetrovatelství*. 1980, 11, 2, s. 44–52.

Trh práce. Statistická ročenka České republiky. 2012. 1. vyd. Praha : ČSÚ, 2012. 824 s. ISBN 978-80-250-2253-5.

UNIVERZITA PALACKÉHO, LÉKAŘSKÁ FAKULTA, *Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky* [online]. 10.12.2012, [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://www.upol.cz/fakulty/lf/struktura/pracoviste/ustav-socialniho-lekarstvi-a-zdravotni-politiky/management-zdravotnictvi>

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI, *Fakulta managementu a ekonomiky (FaME)* [online]. 10.12.2012, [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: www.utb.cz

VEBER, Jaromír, a kol. 2009. *Management: Základy, prosperita, globalizace*. 2. přeprac. vyd. Praha : Management Press, 2009. 704 s. ISBN 80-7261-029-5.

VEISOVÁ, Věra; TÓTHOVÁ, Valérie. 2010. Vůdcovství v ošetrovatelství. *Kontakt*. 2010, 12, 4, s. 369–378. ISSN 1212-4117.

Veřejné zdravotnictví je třeba pěstovat a rozvíjet: Rozhovor s ministrem zdravotnictví ČR doc. MUDr. Leošem Hegrem, CSc. *Zdravotnictví v České republice*. 2010, 13, 3, s. 82–84. ISSN 1213-6050.

Vyhláška MZ ČR č. 44: o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. In: *Sbírka zákonů republiky Československé*. 1966, č. 44, 16., Zrušena předpisem č. 72/1971 Sb.

Vyhláška č. 55: o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2011, č. 55, 20, s. 482.

Vyhláška MZ ČSR č. 72: o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. In: *Sbírka zákonů ČSSR*. 1972, 1971, č. 72, 21, s. 357–358.

Vyhláška MZ ČSR č. 77: o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. In: *Sbírka zákonů*. 1981, č. 77, 19, s. 402–413.

Vyhláška č. 185: o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2009, č. 185, 56, s. 2693–2698.

Výroční zpráva 2007 Project HOPE-Česká republika, o.p.s. Praha : Project HOPE-Česká republika, o.p.s. s. 1–18.

Výroční zpráva 2008 Project HOPE-Česká republika, o.p.s. Praha : Project HOPE-Česká republika, o.p.s. s. 1–18.

Výroční zpráva 2009 Project HOPE-Česká republika, o.p.s. Praha : Project HOPE-Česká republika, o.p.s. s. 1–17.

Výroční zpráva 2010 Project HOPE-Česká republika, o.p.s. Praha : Project HOPE-Česká republika, o.p.s. s. 1–16.

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ. *Fakulta managementu* [online]. 15.12.2012 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <http://www.fm.vse.cz/>

WENGRAF, Tom. 2001. *Qualitative Research Interviewing: Biographic Narrative and Semi-structured Methods*. London : Sage, 424 p. ISBN 0-8039-7501-5.

Zákon č. 20.o zdraví lidu. In: *Sbírka zákonů*. [On-line] [Citace: 22. prosinec 2009.] <http://web.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1966/sb07-66.pdf>. Zákon zrušen 6. 11. 2011, 1. 4.

2012 tento zákon nahradil zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Zákon č. 96: o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů ČR*, 2004, č. 96, 030.

ZORI, Susan.; MORRISON, Barbara. 2009. Critical Thinking in Nurse Managers. *Nursing Economics*. 2009, 27, 2, p. 75–9, 98. ISSN 0746-1739.

ZORI, Susan; NOSEK, Laura J.; MUSIL, Carol M. 2010. Critical Thinking of Nurse Managers Related to Staff RNs'. *Journal of Nursing Scholarship* . 2010, 42, 3, s. 305–313. ISSN doi:10.1111/j.1547-5069.2010.01354.x.

Zdraví 21 – zdraví do 21. století: Osnova programu zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace. 2001. No. 6. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001. 147 s. ISBN 80-85047-49-5.

7 KLÍČOVÁ SLOVA

Management v ošetrovatelství; staniční sestra; vrchní sestra; pracovní strategie, profesní paradigma, zakotvená teorie

Key words

Management in nursing care; ward sister; head nurse; working strategies; professional paradigm; Grounded theory method

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AHCM	Academy of Health Care Management
AIHA	American International Health Alliance
CMC	Graduate School of Business
FaME	Fakulta managementu a ekonomiky
HRM	human resources management
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
KNV	krajský národní výbor
KÚNZ	krajský ústav národního zdraví
MBA (M.B.A.)	Master of Business Administration
NsP	nemocnice s poliklinikou
NZP	nižší zdravotnický personál
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
ONV	okresní národní výbor
OÚNZ	okresní ústav národního zdraví
Projekt HOPE	Health Opportunities for People Everywhere
PZP	pomocný zdravotnický personál
SZP	střední zdravotnický pracovník
ŠVZ	Škola veřejného zdravotnictví
THP	technicko-hospodářský pracovník
ÚNZ	ústav národního zdraví
WHO	Světová zdravotnická organizace

PŘÍLOHA A – Specializační studia

Pomaturitní specializační studium – specializace v úsecích práce podle vyhlášky č. 44/1966 Sb. Hlava čtvrtá, § 41:

Zdravotní sestra

instrumentování na operačním sále
sociální služba

Rehabilitační pracovníci

léčebná tělesná výchova
léčba prací

Asistenti hygienické služby

hygiena všeobecná a komunální
hygiena práce
hygiena výživy a předmětů běžného užívání
hygiena dětí a dorostu
epidemiologie

Zdravotní laboranti

biochemie
hematologie a transfúzní služba
mikrobiologii s virologie
histologie
hygienické laboratorní metody

Rentgenoví laboranti

Rentgenová a radiová terapie

**Pomaturitní specializační studium – specializace v úsecích práce podle vyhlášky
č. 72/1971 Sb. Oddíl čtvrtý, § 40:**

Zdravotní sestra

ošetřovatelská péče
instrumentování na operačním sále
psychiatrická péče
anesteziologie, resuscitace a intenzivní
terapie
sociální služba
zdravotní výchova obyvatelstva
nukleární medicína
péče o chrup

Dětská sestra

ošetřovatelská péče
instrumentování na operačním sále
dětská psychiatrická péče
anesteziologie, resuscitace a intenzivní
terapie
výchovná péče
sociální služba
zdravotní výchova obyvatelstva
péče o chrup

Ženská sestra

ošetřovatelská péče
instrumentování na operačním sále
anesteziologie, resuscitace a intenzivní
terapie
sociální služba
zdravotní výchova obyvatelstva

Dietní sestra

zdravotní výchova obyvatelstva

Rehabilitační sestra

léčebná tělesná výchova
léčba prací

Asistent hygienické služby

hygiena všeobecná a komunální

hygiena práce
hygiena výživy a předmětů běžného
užívání
hygiena dětí a dorostu
hygiena záření
epidemiologie
zdravotní výchova obyvatelstva

Zdravotní laborant

biochemie
hematologie a transfúzní služba
vyšetřovací metody v lékařské
mikrobiologii
histologie
laboratorní vyšetřovací metody
v hygieně
laboratorní vyšetřovací metody
v hygieně práce
nukleární medicína

Farmaceutický laborant

lékárenství
farmaceutická analýza
zásobování zdravotnickými potřebami

Radiologický laborant

radiodiagnostika
radioterapie
nukleární medicína

Zubní laborant

čelistní ortopedie
fixní náhrady
snímatelné náhrady
péče o chrup

Oční optik

Optometrie

Specializace a vyšší specializace středních zdravotnických pracovníků – Příloha č. 4 k vyhlášce č. 77/1981 Sb.

A. SPECIALIZACE STŘEDNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Střední zdravotničtí pracovníci jednotlivých oborů mohou získat pomaturitním specializačním studiem specializaci v těchto úsecích práce:

Zdravotní sestra

anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
instrumentování na operačním sále
nukleární medicína
ošetřovatelská péče o dospělé
ošetřovatelská péče v psychiatrii
sociální služba
stomatologická péče
zdravotní výchova obyvatelstva

Dětská sestra

anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
instrumentování na operačním sále
ošetřovatelská péče o děti
ošetřovatelská péče v dětské psychiatrii
sociální služba
stomatologická péče
výchovná péče
zdravotní výchova obyvatelstva

Ženská sestra

anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
instrumentování na operačním sále
ošetřovatelská péče o ženu
sociální služba
zdravotní výchova obyvatelstva

Dietní sestra

poruchy výživy a výměny látek
zdravotní výchova obyvatelstva

Rehabilitační pracovník

léčba prací
léčebná tělesná výchova

Farmaceutický laborant

farmaceutická analytika
lékárenství
technologie léků
zásobování zdravotnickými potřebami
laboratorní metody v lékařské
mikrobiologii
nukleární medicína

Asistent hygienické služby

epidemiologie
hygiena dětí a dorostu
hygiena práce
hygiena všeobecná a komunální
hygiena výživy a předmětů běžného užívání
hygiena záření
zdravotní výchova obyvatelstva

Zdravotní laborant

hematologie a transfúzní služba
histologie
klinická biochemie
laboratorní metody v genetice
laboratorní metody v hygieně
laboratorní metody v hygieně práce
laboratorní metody v hygieně záření
laboratorní metody v lékařské imunologii

Radiologický laborant

nukleární medicína
radiodiagnostika
radioterapie

Zubní laborant

čelistní ortopedie
fixní náhrady
snímatelné náhrady

Oční optik

Optometrie

B. VYŠŠÍ SPECIALIZACE STŘEDNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Střední zdravotničtí pracovníci mohou získat vyšší specializaci v organizaci a řízení práce středních zdravotnických pracovníků po dosažení specializace v některém z těchto úseků práce:

anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

epidemiologie

hygiena dětí a dorostu

hygiena práce

hygiena všeobecná a komunální

hygiena výživy a předmětů běžného užívání

hygiena záření

léčba prací

léčebná tělesná výchova

ošetřovatelská péče o děti

ošetřovatelská péče o dospělé

ošetřovatelské péče v dětské psychiatrii

ošetřovatelská péče v psychiatrii

ošetřovatelská péče o ženu

sociální služba

Zdroje: vyhláška č. 44/1966 MZ o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, vyhláška č. 72/1971, o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. vyhláška č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví.

PŘÍLOHA B – SS HOPE



USS HOPE (AH-15) v květnu 1952



Námořní sestry a pacienti v oddělení C-3 v roce 1950

Zdroj: [http://en.wikipedia.org/wiki/USS_Consolation_\(AH-15\)](http://en.wikipedia.org/wiki/USS_Consolation_(AH-15))



Zdroj: <http://www.projecthope.cz/index.php?page=vznik-organizace>

PŘÍLOHA C – Přehled otázek polostrukturovaného rozhovoru

Otázky při jednotlivých interview byly jen vodítkem. Nebyly pokaždé stejně formulovány. Občas jsem se od otázek určených pro vrchní sestry odchýlila a vyptávala se na další okruhy problémů. Otázky nebyly pokládány ve stejném chronologickém pořadí. Řídila jsem se logikou odpovědí účastnic výzkumu a vývojem rozhovoru.

Sociálně demografické údaje

1. Základní informace o sobě

Jméno bude změněno, klíč k pravým jménům bude u autorky výzkumu

Pohlaví Věk

Stav – svobodný/á, vdaná/ženatý, rozvedený/á, vdovec/vdova

Děti – počet

Funkční zařazení

Dětství a osobní život

2. Vyrůstal/a jste s oběma rodiči nebo byli rodiče rozvedení? Kolik Vám bylo let, když se rozvedli?
3. Kde pracovala Vaše matka, když jste byl/a malý/á? Kde pracuje dnes?
4. Kde pracoval Váš otec (otčím)? Kde pracuje dnes?
5. Máte sourozence? Kolik, jakého pohlaví, jak staré? Kde pracují?
6. Kdy jste se rozhodl/a jít na střední zdravotnickou školu (vyšší zdravotnickou školu, vysokou školu)? Co vaše rozhodnutí ovlivnilo? Bavila Vás škola?
7. Uvažoval/a jste i o jiném povolání?
8. Pamatujete si ještě, jakou jste měla v 15 letech představu o tom, co budete dělat, tj. kde budete pracovat, zda budete zastávat pozici vedoucího / vedoucí pracovníka / pracovnice?

9. Měl/a jste v dětství nějaký pracovní plán nebo strategii?

Vzdělávací dráha

13. Kdyby Vám bylo znovu 14 nebo 15 let, co byste si vybral/a za studium a povolání?

Zdůvodněte, prosím, svoji volbu.

14. Čeho jste chtěl/a dosáhnout v průběhu studia? Co se z toho splnilo / co nikoli.

15. Jaké jste absolvoval/a další vzdělání? Jak jste si zvyšoval/a kvalifikaci? (stáže, odborné kurzy, jazykové kurzy, specializace, vysoká škola apod.). Studujete? Chystáte se studovat?

16. Myslíte si, že by se měly zvýšit nároky na vzdělávání sester?

17. Myslíte si, že Vaše vzdělání Vás na práci, kterou teď děláte, připravilo dostatečně?

18. Jaké byste měla mít vzdělání podle Vás na pozici staniční / vrchní sestry?

19. V čem si myslíte, že nejste dostatečně vzdělaná pro svoji pozici?

Zaměstnání

20. Na kolika místech jste pracoval/a od ukončení střední zdravotnické školy (vyšší zdravotnické školy, vysoké školy)?

První zaměstnání: název, období, pracovní zařazení

Druhé zaměstnání: název, období, pracovní zařazení

21. Jaký byl hlavní důvod pro volbu tohoto pracovního místa / těchto pracovních míst?

Jaký byl důvod změny zaměstnání?

22. Jak velký je Váš pracovní úvazek? Pracujete v noci, o víkendech, o svátcích?

23. Když jste pracoval/a jako sestra, byla jste s prací spokojená?

24. Co Vás motivovalo pro rozhodnutí, stát se staniční / vrchní sestrou? Bylo to Vaše rozhodnutí, Vaše přání?

25. Jaká byla Vaše pozice ve skupině vzhledem k ostatním pracovníkům, když jste nastoupil/a na pozici vedoucí sestry? Jak jste se cítil/a?
26. Přišel/a jste na funkční pozici staniční sestry z jiného oddělení / kliniky / zdravotnického zařízení? Stal/a jste se staniční sestrou / vrchní sestrou na oddělení / klinice, kde jste původně pracovala jako sestra (staniční sestra) nebo jste přešla na jiné pracoviště?
27. Jaké byly Vaše začátky na pozici staniční sestry / vrchní sestry?
28. Co bylo nejtěžší při nástupu a v prvních krocích na funkční pozici?
29. Jak velká je pracovní skupina, kterou řídíte? Jaký je poměr mužů a žen ve Vaší pracovní skupině? Jaký je jejich věk? Jakou mají kvalifikaci? Jakou mají délku praxe? Jste spokojená/ý se skladbou své pracovní skupiny z pohledu počtu pracovníků, jejich vzdělání, délky praxe, věku?
30. S jakými nejčastějšími situacemi se setkáváte ve své práci? Jaké problémy nejčastěji řešíte?
31. Jaký je Váš styl řízení pracovní skupiny?
32. Jaké hlavní činnosti ve své práci vykonáváte?
33. Myslíte si, že máte pro řízení pracovní skupiny /pracovních skupin dostatečné kompetence? Pokud ne, jaké byste další kompetence chtěl/a mít?
34. Ve své práci se musíte často rozhodovat. Máte pro rozhodování optimální podmínky, informace, podklady ad.?
35. Jaké jsou problémy, obtíže, výhody při vykonávání pozice staniční sestry / vrchní sestry?
36. Chcete něco na své práci změnit (prostředí, kolektiv, styl vedení a řízení)? Chcete se v něčem zlepšit?
37. Chcete něco změnit ve vztahu ke svým podřízeným / nadřízeným? Přejete si, aby se něco změnilo?
38. Udržujete v pracovní skupině neformální vztahy mimo práci (sportovní, kulturní

- vyžití). Ovlivňuje to nějak vztahy na pracovišti?
39. Jaká je spolupráce s lékaři? Jaká je spolupráce s ostatními profesemi?
 40. Radíte se o pracovních záležitostech s dalšími staničními / vrchními sestrami?
 41. Jste v práci spokojený/á?
 42. Zajímají se Vaši nadřízení dostatečně o Vaši práci? Cítíte v nich oporu a podporu?
 43. Máte někdy pocit, že se vzdalujete od své profese sestry?
 44. Co se Vám v práci nejvíc líbí? Co se Vám v práci nelíbí?
 45. Kde může sestra nejlépe prokázat svou odbornost?
 46. Je práce sestry a sestry na vedoucí pozici dostatečně ohodnocena?
 47. Došlo během Vašeho působení na pozici staniční sestra / vrchní sestra k nějakým zásadním změnám?
 48. Když se řeknu pojem MOC. Co Vás napadne jako první? Je potřebná v práci?
 49. (dotaz pro vedoucí sestru ženu) Chtěla byste, aby ve zdravotnictví bylo více mužů?
 50. Kdybyste si mohl/a vybrat, co byste si vybral/a: své nynější pracovní zařazení, práci „řadové“ sestry, jiné pracoviště ve zdravotnictví, zaměstnání v jiném oboru, studium na vyšší / vysoké škole, být ženou v domácnosti, být mužem na mateřské dovolené? Zdůvodněte, prosím, svoji volbu.
 51. Co pro Vás znamená Vaše práce? Prosím, uveďte důvody?
 52. Jaké je Vaše pracovní / životní krédo?
 53. Jaká by měla být podle Vás ideální vedoucí sestra?
 54. Máte nějaké plány ohledně své kariéry? Čeho chcete dosáhnout ve vykonávané pozici?
 55. Jste spokojený/á ve své současné pozici staniční sestry / vrchní sestry?

Rodina a práce

56. Kdy jste se provdala / oženil?

56 a) (když je informant/ka svobodný/á) Máte nějakou vážnou známost? Chystáte se vdát / oženit?

57. Je to Vaše první manželství?

57. a) (když je respondent/ka rozvedená/á) Kdy jste se rozvedl/a? Jak dlouho jste rozvedený/á? Můžete říci, z jakého důvodu jste se rozvedl/a?

58. Jaké má Váš manžel/ka vzdělání? (v případě prvního, druhého, ... manžela/ky)

59. Daří se Vám skloubit svoji práci s péčí o rodinu?

60. Pociťujete nějaký tlak od rodiny, že jste na pozici vedoucí /ho pracovnice / pracovníka?

61. Rodina (partner) přijala Vaši práci staniční sestry (vrchní sestry) z hlediska časové náročnosti profese, rozdělení péče o domácnost, o děti?

62. Jak se zdravotnické zařízení staví k ženám na vedoucí pozici?

Muži a ženy na pozici staniční sestry / vrchní sestry

63. Víte, jaký je zhruba podíl mužů a žen v manažerských pozicích ve Vaší nemocnici?

64. Je podle Vás profese sestry stejně vhodná pro muže i pro ženy? Uveďte, prosím, důvody pro a proti.

65. Jak pozice zasahuje do života staniční sestry / vrchní sestry co by ženy (rozhodování, volný čas)?

66. Při získávání pozice staniční sestry / vrchní sestry hraje fakt, že je žena nebo muž, nějakou roli?

67. Mají jiné ženy při vykonávání této pozice nějaké problémy, obtíže, výhody?

67. a) Mají muži při vykonávání této pozice nějaké problémy, obtíže, výhody?

68. Zasahuje fakt, že jste žena / muž, do výkonu pozice staniční sestry / vrchní sestry?

69. Máte pocit rovnoprávnosti / nerovnoprávnosti ve své pozici staniční / vrchní sestry vzhledem k mužům / ženám?

Plat a životní úroveň

70. Jaký máte plat v porovnání s ostatními členy pracovní skupiny? (neptám se na výši, ale na poměr)

71. Jakou máte životní úroveň v porovnání se stejně starými spolužáky ze SŠ, VOŠ, VŠ, se svými kolegy/kolegyněmi na oddělení?

72. Kdo má vyšší příjem (manžel/partner/přítel)?

Životní styl

73. Kolik a kdy si vybíráte dovolenou a jak ji trávíte?

74. Jaké máte koníčky a zájmy? Máte na ně čas?

75. Co obnáší péče o sebe samu /samého? Máte čas pro sebe?

76. Máte čas na pravidelný kontakt s kamarády/ kamarádkami (přáteli)?

Všeobecné názory

77. Myslíte si, že má sestra ve společnosti prestiž?

78. Jste členem /kou České asociace sester? Je pro Vás členství v této organizaci přínosem?

78. a) Pomáhá Česká asociace sester profesi sestry?

79. Myslíte si, že by byl rozdíl mezi komorou sester a asociací sester? Měla by komora sester větší význam?

80. Zajímáte se o politiku. Jste aktivní v nějaké organizaci?

81. Navštívil/a jste zahraniční zdravotnická zařízení? Máte zkušenosti ze zahraničních zdravotnických zařízení?

82. Jaký máte názor na současnou situaci ve zdravotnictví?

83. Jste se svým životem celkově spokojený/á?

84. Chtěl/a byste ještě něco dodat? Máte nějaké otázky na mě?

Děkuji Vám za rozhovor.

PŘÍLOHA D – Upravené otázky polostrukturovaného rozhoru

Základní výzkumnou otázku (ZVO) jsem rozložila na specifické výzkumné otázky (SVO) a ty dále do tazatelských otázek (TO). Takto upravený seznam zajistil, že se dostalo na všechna témata a otázky, které byly formulovány tak, aby nedávaly návod na možnou odpověď a nepředjímaly některé kategorie. Rozhovor s návodem dovolil co nejvýhodněji využít čas k interview, což bylo významné z toho důvodu, že se odehrával v pracovně vrchní sestry během její pracovní doby. Současně umožnil vést rozhovor strukturovaněji, pomohl udržet linii hovoru, ale zároveň též dotazované sestře uplatnit vlastní zkušenosti a perspektivy. Řídila jsem se logikou odpovědí informantky a vývojem rozhovoru. Následující ukázka reprezentuje schéma třetího rozhovoru s informantkou Romanou.

(ZVO) Jak je utvářena profesní a manažerská kariéra vrchní sestry?

(SVO 1) V jaké rodině vrchní sestra vyrůstala?

(TO 1) Co dělali Vaši rodiče?

(TO 4) Máte sourozence?

(SVO 2) Jak přistupovala k volbě své profese?

(TO 5) Co vás přivedlo k profesi sestry?

(TO 6) Měla jste představu, co budete dělat?

(SVO 3) Jaký absolvovala vzdělávací program?

(TO 7) Jakou jste studovala školu?

(TO 8) Měla jste během studia představu, kde budete pracovat, až dokončíte školu?

(TO 9) Jak jste si zvyšovala kvalifikaci?

(TO 10) Kde jste pracovala po ukončení střední zdravotnické školy?

(SVO 4) Jak prožívala začátek ve vedoucí pozici?

(TO 11) Když jste pracovala jako řadová sestra, byla jste spokojená?

(TO 12) Co Vás motivovalo pro rozhodnutí, stát se vedoucí sestrou?

(TO 13) Jaká byla Vaše pozice ve skupině vzhledem k ostatním pracovníkům, když jste nastoupila na pozici vedoucí sestry?

(TO 14) Jak jste se cítila?

(TO 15) Přišla jste na funkční pozici z jiného pracoviště?

(TO 16) Jaké byly Vaše začátky na vedoucí pozici?

(TO 17) Co bylo nejtěžší při nástupu a v prvních krocích na funkční pozici?

(SVO 5) Jaký styl vedení a řízení používá?

(TO 18) Jaký máte nyní vztah k ošetrovatelské péči na oddělení?

(TO 19) Jak řídíte ošetrovatelský tým?

(TO 20) Myslíte si, že máte pro řízení pracovní skupiny dostatečné kompetence?

(TO 21) Ve své práci se musíte často rozhodovat. Máte pro rozhodování optimální podmínky, informace, podklady ad.?

(TO 22) Zajímají se Vaši nadřízení dostatečně o Vaši práci?

(TO 23) Cítíte v nich oporu a podporu?

(SVO 6) Jaké problémy řeší nejčastěji při řízení ošetrovatelských týmů?

(TO 24) Jak velká je pracovní skupina, kterou řídíte?

(TO 25) Máte na pracovišti sestry-muže?

(TO 26) S jakými nejčastějšími problémy se setkáváte ve své práci?

(TO 27) Jaké hlavní činnosti ve své práci vykonáváte?

(To 28) Jaká je spolupráce s lékaři a ostatními profesemi?

(TO 29) Radíte se o pracovních záležitostech s dalšími vedoucími sestrami?

(TO 30) Udržujete na pracovišti neformální vztahy mimo práci?

(TO 31) Ovlivňuje to nějak vztahy na pracovišti?

(TO 32) Jste v práci spokojená?

(SVO 7) Jakým způsobem se vzájemně vztahují, prolínají a ovlivňují rodinná a profesní dráha vrchní sestry?

(TO 33) Jste vdaná nebo svobodná?

(TO 34) Jaké má Váš manžel vzdělání a profesi?

(TO 35) Jak se Vám daří skloubit svoji práci s péčí o rodinu?

(TO 36) Jak přijala Vaše rodina práci sestry?

(SVO 8) Jaké má plány do budoucna ohledně svého dalšího profesního vývoje?

(TO 37) Došlo během Vašeho působení na pozici vrchní sestry k nějakým zásadním změnám?

(TO 38) Chcete ještě něco na své práci změnit?

(TO 39) Chcete se v něčem zlepšit?

(TO 40) Co se Vám v práci nejvíc líbí/ nelíbí?

(TO 41) Je práce sestry a sestry na vedoucí pozici dostatečně ohodnocena?

(TO 42) Máte nějaké plány do budoucna ohledně své kariéry?

(TO 43) Jaké je Vaše životní krédo?

(SVO 9) Jak obnovuje své fyzické a psychické síly?

(TO 44) Jaké máte koníčky a zájmy?

(TO 45) Jak trávíte dovolenou?

(TO 46) Máte čas pro sebe?

(SVO 10) Jaké postoje zaujímá ke sdružování sester na společné platformě?

(TO 47) Myslíte si, že má sestra ve společnosti prestiž?

(TO 48) Jste členkou České asociace sester?

(TO 49) Pomáhá Česká asociace sester profesi sestry?

(TO 50) Jaký je Váš názor na komoru sester?

(TO 51) Zajímáte se o politiku a jste aktivní v nějaké organizaci?

Chtěla byste ještě něco dodat? Máte nějaké otázky na mě?

PŘÍLOHA E – Ukázka poznámek dokreslujících průběh rozhovoru

Další vrchní sestra, kterou pro rozhovor navrhla Nora, Bc. Jméno Příjmení, byla telefonicky oslovena 11. 1. 2012. S rozhovorem souhlasí. Rozhovor proběhl 18. 1. 2012 v její pracovně. Vrchní sestra sedí u svého pracovního stolu, natočená směrem ke mně. Nabídnutá židle je nižší, takže sedím níže a při kladení otázek vzhlížím k vrchní sestře. Rozhovor byl natáčen na diktafon. Zpočátku jsem s ním trochu zápasila a vrchní sestra to sledovala, zdálo se mi, že s nelibostí. Na otázky odpovídala klidně a často s úsměvem. Rozhovor byl čtyřikrát přerušen zvoněním telefonu. Ve dvou případech informantka sluchátko zvedla. Při prvním zvonění jsem ji k tomu vybídla. U druhého, když to zvonění nepřestávalo, zvedla sluchátko také. Zvonění telefonního přístroje neuměla vypnout. Jedenkrát zaťukala návštěva a vrchní sestra vyšla před dveře. Omluvila se, že nemá čas. „Děláme rozhovor“, vysvětlila. Na další dvě ťukání na dveře nereagovala.

Délka rozhovoru 1:07:35

PŘÍLOHA F – Seznam analyzovaných rozhovorů

Případ	Číslo dokumentu	Typ dokumentu	Číslo audiozáznamu Záznamu tužka-papír (TP)	Označení identifikace významových jednotek (IVJ)	Datum vytvoření dokumentu
Nora	In 1	Záznam	001	IVJ 1	10. 1. 2012
Serena	In 2	Záznam	002	IVJ 2	18. 1. 2012
Alena	In 3	Záznam	003	IVJ 3	24. 1. 2012
Romana	In 4	Záznam	004	IVJ 4	13. 3. 2012
Jiřina	In 5	Záznam	005	IVJ 5	22. 3. 2012
Kristýna	In 6	Záznam	006	IVJ 6	10. 8. 2012
Evelyna	In 7	Záznam	007	IVJ 7	22. 8. 2012
Petra	In 8	Záznam	008	IVJ 8	20. 12. 2012
Tamara	In 9	Záznam	TP 1	IVJ 9	14. 1. 2013
Klára	In 10	Záznam	TP 2	IVJ 10	25. 1. 2013
Gita	In 11	Záznam	TP 3	IVJ 11	25. 1. 2013
Jindra	In 12	Záznam	TP 4	IVJ 12	14. 2. 2013
Barbora	In 13	Záznam	TP 5	IVJ 13	1. 3. 2013

PŘÍLOHA G – Ukázka úpravy textu po přepisu individuálního záznamu rozhovoru

T = tazatelka, S = informantka

T: Stát se staniční sestrou bylo Vaše přání?

S: Stát se staniční asi nebyla moje vize, protože staniční se vždycky říkalo, že je taková ve středu. Tohle jsem nechtěla, být ve středu. Ale pak se stalo, že staniční sestra, pod kterou jsem pracovala, odcházela, a tenkrát šéf stanice s vrchní sestrou se dohodli, navrhli mi to. Tak jsem to přijala. (*smích*)

T: Jaké byly začátky na této pozici?

S: Musela jsem pak začít studovat. Stálo mi to dost úsilí, protože to bylo pracoviště, na které jsem nastoupila, byla jsem tam krátce. Nikoho jsem moc neznala. Bylo to těžké, když člověk nastoupí do nové funkce. Byla jsem tam staniční 16 let. Mně se ta práce moc líbila. Byla jsem spokojená. (*úsměv*)

T: A jak to bylo s nástupem na pozici vrchní sestry?

S: Velké ambice jsem neměla. Hlavně také v té práci jsem dělala s pacienty, edukovala jsem pacienty, sestram jsem dělala různá školení. Ta práce byla zajímavá. Ale stalo se to, že oddělení, se muselo zavřít. Abych šla dělat řadovou sestru, to vím, že je špatně. Protože bejt v trojsměnném provozu ... , a takový prostě... No a zjistila jsem, že konkurz tady... Tak jsem se přihlásila do konkurzu. Věděla jsem, že kdybych neuspěla v konkurzu, odešla bych.

T: Jaké byly začátky na pozici staniční, vrchní sestry ve vztahu k sestram?

S: Těžký, těžký. Já když jsem začala dělat staniční... Tenkrát jsem na tý chirurgii dělala chvíli. Některý spolupracovníci si vás zkouší, co umíte, co neumíte, co vydržíte, nevydržíte. To je taková zkouška. Já jsem to měla dobrý, že jsem tím prošla prvně. Tady jsem s tím počítala. Člověk také věkem se na všechno dívá věkem. Má zkušenost.

T: Na vedoucí pozici jste šla ze stejného oddělení, kde jste pracovala, nebo z jiného?

S: Úplně (*důraz*) na jiné oddělení. Když jsem byla staniční, tak jsem tam chvíli dělala. Z všeobecný chirurgie jsem šla sem. Ale tady jsem šla rovnou do funkce vrchní.

T: Co je nejtěžší při nástupu do funkce?

S: Když se vrátím ke staniční sestře, tak tam bylo nejhorší být s kolegyněmi, aby mě vzali na vědomí, že jsem staniční. Také musí dokázat, že co chce po sestřích, musí znát, musí to umět. Když jsem nastoupila na vrchní, to bylo jinak. To se navalilo tisíce administrativní činnosti, o které jsem neměla ani tušení. Administrativní činnost taková ta jiná, mi dělala starost, než jsem všechno pochytila, abych se vyznala.

PŘÍLOHA H – Ukázka identifikace významových jednotek

T: Jaké jsou nejčastější konflikty, problémy?

S: Mezilidské vztahy, jipové sestry se standardními sestrami. Ale také dost do toho hraje sestra-doktor. Já jsem na to nebyla zvyklá. Nelíbí se mi to. Vždycky říkám, že jsme tým. Oni potřebují nás, my je, a když to není symbióza, tak to je špatně. Možná, že je to z toho důvodu, že kolektiv je velký, a když tam ještě sedí doktoři. Tak ty vztahy nejsou, jak bych si představovala.

Klíčové pojmy identifikovaných významových jednotek:

- Nejčastější jsou mezilidské konflikty.
- Konflikty jipové sestry a sestry ze standardního oddělení.
- Konflikty sestra x doktor.

PŘÍLOHA I – Ukázka deskriptivních a interpretativních údajů

Deskriptivní údaje:

Vyrůstala do 12 let v úplné rodině.

Bylo jí 12 let, když zemřel otec.

Má dvě sestry, které nepracují ve zdravotnictví.

Má specializaci v ošetrovatelské péči v chirurgii.

Studuje bakalářské studium.

Byla staniční sestrou 14 let.

Pracuje na pozici vrchní sestra.

Pracovní dobu má 6–15.30 hod.

Pracovní tým tvoří třicet lidí.

Vrchní sestry mají formální porady 1x měsíčně.

Není členkou ČAS.

Interpretativní údaje:

Měla představu krásné, usměvavé sestřičky.

Práci řadové sestry na chirurgii milovala.

Pracovala tam v dobrém kolektivu.

Nechtěla se stát staniční sestrou.

Staniční sestra je taková ve středu, mezi nadřízenými a podřízenými.

Zpracování do pozice staniční sestra stálo dost úsilí.

Těžké bylo obhajovat své stanovisko.

Uspokojuje ji, že ambulance funguje.

Má přání, aby sestry vycházely s lékaři.

PŘÍLOHA J – Induktivně vytvořené pojmy, kategorie a subkategorie

V rámci otevřeného kódování jsem vytvořila velké množství pojmů, tj. základních jednotek analýzy. Seskupováním pojmů vznikly kategorie a subkategorie. Kategorie jsou zvýrazněny tučně, podkategorie kurzivou a řazeny v souladu s pořadím specifických otázek a tematických oblastí: rodina, volba profese, vzdělávání, začátky na vedoucí pozici, styly řízení a vedení, konfliktní situace, profesní vývoj, obnovování fyzických a psychických sil a společenská angažovanost. Tematické celky nejsou odděleny. U každé kategorie je vysvětleno, co znamená v tomto šetření.

Rodinné konstelace: v původní rodině je matka, otec, sourozenci.

Vícečetná rodina: rodina, ve které je rodič a jeden až šest sourozenci.

Matriarchální výchova: matka vychovává děti po smrti otce.

Bez mužského vzoru: v rodině chybí od určité doby otec, zemřel.

Sourozectví: s podkategoriemi *prosazování, kooperace, pomáhání, soutěžení a vynikání nad ostatní*.

Žádné vzory: v rodině nikdo nepracoval ve zdravotnictví.

Leaderovství: jev, ve kterém jde o prosazování ve skupině vrstevníků (leader, předseda třídy) s podkategoriemi *touha vést; prosazování; spolupráce; vzájemná pomoc, soutěžení*.

Úvahy o profesi: motivační faktory, které mohly ovlivnit vztah k pozdější profesi.

Dimenze zdraví – smrt: setkání s nemocí, smrtí blízké osoby během dětství a dospívání.

Dotyk smrti: smrt rodiče, varianta *dimenze zdraví – smrt* – setkání s úmrtím blízké osoby v rodině

Hospitalizace blízké osoby: v rodině nebo v širší rodině se vyskytla u osoby blízké choroba, která byla důvodem k hospitalizaci a následně k návštěvám ve zdravotnickém zařízení.

Altruismus: skrývá podkategorie nesobeckost a nezištnost, které se vyskytují ve vztahu k sourozencům a/nebo vrstevníkům.

Nesobeckost: varianta altruismu

Nezištnost: varianta altruismu.

Jít za svým: nechtít nic jiného, než být sestrou.

Kamarádka: silný vliv okolí, i když původně touha po jiné profesi – vnější faktory.

Racionální jádro: jistota profese i práce, znamená dále podkategorie *vědět, co budu dělat; vím, že mám zaměstnání; práci si najdu vždycky; nemuset se rozhodovat*

Starání se o druhé: představa o budoucí profesi.

Starání se o děti: varianta *starosti o druhé*, představa o budoucí profesi.

Krásná sestřička: Image - působit na druhé.

Zkušenost jako pacient: osobní zkušenost z vlastní hospitalizace v nemocnici v dětství nebo dospívání.

Připravenost: sestry považují připravenost na profesi ze střední zdravotnické školy za dobrou

Vzdělání: různé formy vzdělávání od profesního až po specializační, celoživotní a sebevzdělávání.

Vzory: osobnosti v ošetrovatelství, které sestry potkávaly během pregraduálního studia nebo během své klinické praxe.

Hledání oboru: hledání oboru a *volba prvního zaměstnání*, kde se získávají první zkušenosti a profesní návyky.

Vliv vrstevníků: výběr klinického oboru a prvního pracoviště na základě rozhodnutí vrstevníků.

Nevyhraněnost: varianta *vlivu vrstevníků* výběr oboru ovlivněn např. kamarádkami ze školy.

Nerozhodnost: varianta vlivu vrstevníků výběr oboru ovlivněn např. kamarádkami ze školy.

Příklady táhnou: výběr oboru ovlivněný autoritou z medicíny nebo ošetrovatelství.

Volné místo: volba klinického oboru podle toho, kde je právě volné místo.

Hledání oboru. strategie hledání vhodného oboru po ukončení kvalifikační přípravy

Volba oboru: volba oboru jako prvního pracovního místa varianta *hledání oboru*, ovlivněná volbou vrstevníků, nabídkou pracovních míst, autoritami ze školy.

Kolečko: střídání oborů (pracovišť) před zakotvením v konkrétním klinickém oboru.

Přetržená dráha: profesní dráha přerušena mateřskou dovolenou, po mateřské dovolené následuje obvykle volba strategie z nouze ctnost.

Z nouze ctnost: výběr klinického oboru (pracoviště) po mateřské dovolené nebo mezi mateřskými dovolenými. Pracoviště nabízí pracovní režim, při kterém je snadnější péče o vlastní děti.

Mrtvá větev: varianta z *nouze ctnost* – výběr pracoviště zcela podřízen péči o vlastní děti.

Zakotvení v oboru: následuje po variantě kolečko, přerušené dráze a z nouze ctnost, jde o výběr klinického oboru (pracoviště), ve kterém se začíná odvíjet budování manažerské kariéry. Také jako životní škola, která určí směr.

Ukotvení v oboru: nalezený vztah ke klinickému oboru.

Ztráta pohotovosti: odchod z oddělení např. z důvodu známek burn out syndromu.

Budování manažerské kariéry: touha dosáhnout něčeho víc, vzdělávání v oblasti řízení a vedení lidských zdrojů, podkategorie *něco víc; vedoucí směny; styčný důstojník; vrchní velitel*.

Vedoucí směny: předstupeň před postupem na pozici staniční sestra, vedení skupiny sester na pracovní směně. Podkategorie této skupiny: *pracovní zkušenost; délka klinické praxe; leader skupiny sester na pracovní směně; organizování práce; kontrola; rady a porady méně zkušeným sestřím; řešení kritických situací*.

Zástupce: zástupce staniční sestry.

Nabídka na funkci: chybí jasná vize stát se staniční sestrou, rozhoduje vedoucí stanice spolu s vrchní sestrou – *manažerské rozhodnutí*.

Ambice řídit: dosáhnout něčeho víc, vyniknout nad ostatními, vyjádřená touha řídit, ovlivňovat dění na ošetrovací jednotce, zavádět nové postup v ošetrovatelské péči, subkategorie: *něco víc; můžu dělat různé věci*.

Ctižádost: kategorie *Ambice řídit* byla nahrazena touto kategorií, jde o vlastnost ústředního jevu *Vedoucí sestra*.

Něco víc: touha stát se vedoucí sestrou, nesetrvávat na pozici sestry u lůžka, chtění dosáhnout něčeho víc.

Štěstí: náhodně otevřené možnosti – uvolnění manažerské pozice.

Styčný důstojník: také *dirigent oddělení*, staniční sestra, která spojuje svoji ošetrovací jednotku s vrchní sestrou.

Můžu dělat různé věci: na ošetrovací jednotce vedoucí sestra rozhoduje např. o léčbě ran a tato svá rozhodnutí zabuduje do pravidel a organizace práce na oddělení.

Klapky na očích: sestra, která pracuje dlouhou dobu na stejném pracovišti, trpí provozní slepotou.

Selfmanagement: získávání či upevňování znalostí a dovedností v době hledání zaměstnání, v době střídání zaměstnání a později zakotvení v oboru; učení vytvářením, přejímáním (nápodobou) při nástupu na manažerskou pozici; přejímání vzorců chování (vztahy k hodnotám, lidem, chování v malé skupině), usilování a práce na sobě v nové funkci.

Klima pracoviště: znalost prostředí ošetrovací jednotky, kliniky a zdravotnického zařízení, což umožňuje rychle se zorientovat po nástupu na manažerskou pozici, vědět si rady, kam zavolat s dimenzemi *nízká – vysoká znalost*.

Orientace: rychlá orientace v dění na ošetrovací jednotce při dobré znalosti prostředí.

Testování podřízenými: podřízené sestry testují své nadřízené sestry ve smyslu co umí/neumí, vydrží/nevydrží.

Stát za svým slovem: udělovat příkazy, delegovat pracovní úkoly na své podřízené.

Zkušenosti odjinud: varianta *kolečko* - předchozí znalost z jiných prostředí.

Stejná startovní čára pro všechny: varianta *zkušenosti odjinud*, když přichází vedoucí sestra odjinud na pracoviště, kde bude instalována do funkce.

Rutina služebně starších sester: starší sestry jsou rigidnější a méně flexibilní než mladší sestry.

Konfliktní situace: týkají se mezilidských vztahů, vztahů sestry – sestry, lékaři – sestry.

Určování a udržování rytmu práce: varianta *styčného důstojníka*, zahrnuje aktivity, které vykonává staniční sestra (*přímá ošetrovatelská péče; vzdělávání personálu; organizování; objednávání materiálu; znalost práce sestry - zručnost manuální; rozhodování*).

Vrchní velitel: dosažení vrcholu kariéry, pozice vrchní sestry.

Tápání: stav v začátcích na pozici staniční nebo vrchní sestry.

Pomocná ruka: varianta *konzultace*; situace, kdy se vrchní sestra obrací o radu na kolegyni na stejné manažerské úrovni.

Nové činnosti: činnosti a aktivity, které se musí naučit nově nastupující vedoucí sestra.

Určující a udržující rytmus práce: varianta vrchní sestry, zahrnuje činnosti, které vykonává vrchní sestra (*administrativní činnosti; sledování limitů spotřebního materiálu; přijímání nových sester; psaní dopisů; organizování; sladit vše dohromady; kontrolní činnost; rozhodování za nejistoty; propouštění sester; vzdělávání sester; změny v systému péče; udržování kontaktu se sestrami; vyslechnout sestry*)

Styl řízení: vyjádření vztahu k sestram - *direktivní přístup* (týká se zajištění kvalitního ošetrovatelského výkonu, nekompromisní při zjištění chyb v poskytování ošetrovatelské péče); *neoblomnost; dodržování pravidel; demokratická domluva; lidskost; umění naslouchat; autoritativní vůdčí role; prosazování cílů; přísnost; přesvědčování; odhalení* např. známkem syndromu vyhoření.

Podpora týmové práce: vedoucí sestra podporuje konání např. neformálních akcí, které mají stmelit a utužit ošetrovatelský, potažmo zdravotnický tým.

Generační rozdíl: varianta rutiny služebně starších sester – vyjádření, že mladší sestry jsou pružnější a starší sestry jsou více rigidní.

Spojenectví: varianta *sdílení*; spojení a dobrá spolupráce vrchních sester se staničními sestrami.

Loajalita: podpora od *styčných důstojníků*, loajalita staničních sester vůči vrchním sestřám.

Konzultace: varianta *sdílení*; rady a porady v odborných otázkách, také konzultace v oblasti ošetrovatelských intervencí, staniční sestry – vrchní sestry (oběma směry).

Podpora od vedení: vyjádření podpory od náměstkyně ošetrovatelské péče.

Vzdalování: vrchní sestra nevykonává denně ošetrovatelské výkony a ošetrovatelskou péči.

Ovlivnění: moci ovlivňovat situace, dění na ošetrovací jednotce, budování něčeho nového a z toho plynoucí – *vnitřní uspokojení*.

Užší tým: vrchní sestra se setkává na pracovních poradách se staničními sestrami a sestrami z – *poradního sboru*.

Poradní sbor: vrchní sestra si vytváří poradní sbor složený z odborníků na určitou oblast, např. péče o stomie, péče o rány, ošetrovatelská dokumentace.

Vytipování nástupkyně: vrchní sestra cíleně připravuje sestru jako nástupkyni na svoji pozici.

Pracovní spokojenost: vnitřní pocit z dobře vykonané práce.

Nedostatečné ohodnocení: vedoucí sestry jsou ve srovnání s ostatními profesemi méně ohodnoceny.

Sdílení: možnost postěžovat si a svěřit se s problémy kolegyni na stejné manažerské úrovni, sdílení společného údělu.

Karierní plány: přání či plány, kterých chtějí vrchní sestry ještě dosáhnout

Genderové rozdíly: generalizace ženského a mužského způsobu přístupu k ošetrovatelské péči

Nošení práce domů: vrchní sestry doma po práci přemýšlejí o dění na své klinice.

Chod domácnosti: organizování domácnosti sestry přizpůsobují svému pracovnímu vytížení.

Relaxační aktivity: odreagování od pracovních starostí, relaxační aktivity, dovolená na zotavenou, uvolnění ve chvílích pracovního volna, např. koníčky, přátelé, fyzické aktivity.

Angažovanost: vrchní sestra je členkou České asociace sester, angažuje se společensky.

Ne ČAS: vrchní sestra není členkou České asociace sester.

Semknutí: vrchní sestry se vyjadřují souhlasně k možnosti vzniku komory sester.

Odtržení: vrchní sestra se nevrací po odchodu z manažerské pozice na místo sestry u lůžka.

Samostatná práce: vrchní sestra chce po odchodu do důchodu vykonávat práci sestry.

PŘÍLOHA K – Kategorie a jejich vlastnosti a dimenze (příklad)

Určování a udržování rytmu práce:

<i>administrativní činnosti</i>	frekvence výskytu: <i>denně – 2x týdně</i> míra: <i>více – méně</i> intenzita: <i>vysoká – nízká</i> doba trvání: <i>dlouho 2 hod. – krátce 30 min.</i>
<i>sledování limitů spotřebního materiálu</i>	frekvence výskytu: <i>1x za týden - 1x měsíčně</i> míra: <i>více – méně</i> intenzita: <i>vysoká – nízká</i> doba trvání: <i>dlouho 1 hod. – krátce 30 min.</i>
<i>přijímání nových sester</i>	frekvence výskytu: <i>1x za 2 měsíce – 1x za půl roku</i> míra: <i>více – méně</i> intenzita: <i>vysoká – nízká</i> doba trvání: <i>dlouho 30 min. – krátce 10 min.</i>
<i>psaní dopisů</i>	frekvence výskytu: <i>1x týdně – 1x za půl roku</i> míra: <i>více – méně</i> intenzita: <i>vysoká – nízká</i> doba trvání: <i>dlouho 1 hod. – krátce 10 min.</i>
<i>sladit vše dohromady</i>	frekvence výskytu: <i>denně – 1x týdně</i> míra: <i>více – méně</i> intenzita: <i>vysoká – nízká</i> doba trvání: <i>dlouho 30 min. – krátce 5 min.</i>
<i>kontrolní činnost</i>	frekvence výskytu: <i>3x denně – 1x denně</i>

	míra: <i>více – méně</i>
	intenzita: <i>vysoká – nízká</i>
	doba trvání: <i>dlouho 50 min. – krátce 5 min.</i>
<i>rozhodování</i>	frekvence: <i>výskytu 3x denně – 1x denně</i>
	míra: <i>více – méně</i>
	intenzita: <i>vysoká – nízká</i>
	doba trvání: <i>dlouho 20 min. – krátce 1 min.</i>
<i>propouštění sester</i>	frekvence výskytu: <i>1x měsíčně – 1x za rok</i>
	míra: <i>více – méně</i>
	intenzita: <i>vysoká – nízká</i>
	doba trvání: <i>dlouho 15 min. – krátce 5 min.</i>
<i>změny v systému péče</i>	frekvence výskytu: <i>1x měsíčně – 1x ročně</i>
	míra: <i>více – méně</i>
	intenzita: <i>vysoká – nízká</i>
	doba trvání: <i>dlouho půl roku – krátce 1 hod.</i>
<i>udržování kontaktu se sestrami</i>	frekvence výskytu: <i>3x denně – 1x denně</i>
	míra: <i>více – méně</i>
	intenzita: <i>vysoká – nízká</i>
	doba trvání: <i>dlouho 6 hod. – krátce 30 min.</i>

PŘÍLOHA L – Identifikace příběhu

Vrchní sestry pocházejí z vícečetných rodin, tj. rodin, kde je počet sourozenců jeden až čtyři. Některé vrchní sestry byly v roli předsedů tříd. V obou případech musely spolupracovat, někdy soutěžit, soupeřit, drát se dopředu, vynikat. K sesterské profesi je vedla touha pečovat o někoho (např. o děti), vlivné kamarádky, jistota práce (řemesla). Nevěděly nic o tom, co budou skutečně dělat. Měly banální představy nebo zažily kontakt se smrtí blízkého člověka, onemocnění člena rodiny, představovaly si sebe jako krásné sestřičky. Po zdravotnické škole si vybíraly obor, ve kterém budou pracovat, hledaly oddělení podle toho, kde bylo volné místo, kam šla kamarádka, podle toho, jestli to byl akční obor. Během praxe jako řadové sestry podřizují organizaci domácnosti pracovním povinnostem (směnám, službám). Pak střídaly pracoviště. Ty vdané, protože potřebovaly najít pracoviště, kde budou lepší podmínky pro péči o dítě nebo, že se přestěhovaly do nového místa. Pak se ukotvily na oddělení, které je jejich životní školou, kde se pak stává vedoucí směny nebo zástupkyní staniční sestry a později staniční sestrou. O pozici staniční sestry nijak zvlášť neusilují, jsou navrženy svými nadřízenými. Na počátku funkce procházejí obdobím tápání. Musí se učit novým věcem, zejména novým činnostem – organizování práce, administrativním činnostem. Prostřednictvím konkurzu jsou instalovány jako vrchní sestry. Řídí personál. Vrchní sestry řídí staniční sestry, mají užší tým a poradní sbor, složený z odborníků na stomie, rány, zdravotnickou dokumentaci. Sdílejí, zejména vrchní sestry, společný osud, setkávají se a pomáhají si, radí se. Návrat z funkce vrchní sestry zpět na pozici sestry není možný. Jsou již příliš vzdálené od přímé ošetrovatelské péče. Po práci relaxují, mají koníčky, sportují, cestují.

PŘÍLOHA M – Návrat k příběhu

(Vloženo více popisných podrobností)

Vrchní sestry pocházejí z rodin, kde vyrůstalo více sourozenců, dva až šest. Sourozenectví jako vztah je ovlivňovalo v dětství a dospívání, kdy prožívaly trénink různých způsobů sociálního chování, spolu musely komunikovat, kooperovat, dělit se o věci, vyjednávat, soutěžit či soupeřit se sourozenci, snažit se vynikat nad ostatní, hájit se, přizpůsobovat se, naučit se prohrávat, akceptovat se, ctít se a držet pospolu. Některé sestry byly ve školních letech v roli předsedů (leaderů) třídy. Musely se umět prosadit mezi ostatními spolužáky, komunikovat, spolupracovat, vyjednávat, soutěžit i soupeřit, vynikat nad ostatní. Uvedené vlastnosti predisponovaly budoucí vrchní sestry k manažerské pozici. Chtěly se stát sestrami, protože se chtěly starat o druhé, zažily v rodině někoho, kdo byl nemocný, samy byly hospitalizované či prožily smrt blízkého člověka, představovaly si sebe jako krásné sestřičky nebo se přihlásily na zdravotnickou školu po vzoru kamarádky. Pro některé sestry byl výběr střední zdravotnické školy volbou na jistotu, získat absolvováním školy profesi, nemuset se po střední škole rozhodovat, kam jít dál. Sestry hledaly obor po ukončení střední zdravotnické školy, první volba oboru byla ovlivněna nejčastěji vrstevníky či právě volným pracovním místem, tedy vnějšími faktory. Když pracovaly ve směnném provozu, podřizovaly organizaci domácnosti pracovním směnám. Následovalo období, ve kterém sestry střídaly různé obory a pracoviště. Jednalo se o jakési kolečko, ve které získávaly pracovní zkušenosti. Vdané sestry potřebovaly najít pracoviště, kde budou vhodné podmínky pro péči o dítě, nebo že se přestěhovaly do nového místa. U sester, které měly děti, jsem identifikovala strategii z nouze ctnost, tj. kdy sestry podřizovaly výběr oboru a pracoviště podle jeho pracovního režimu, který jim umožňoval péči o děti. Následovalo období ukotvení v oboru, ve kterém se začaly profesně realizovat, některé to nazvaly životní školou, to byl ten jejich obor, cítily se v něm po pracovní stránce dobře, nabývaly další znalosti a upevňovaly dovednosti. Získaly specializaci v oboru. Mají ambici dosáhnout něčeho víc, prosadit se. Stávají se vedoucími směny či zástupkyněmi staniční sestry. Na pozici staniční sestra jsou obvykle vytipovány vedoucími pracovišť a vrchními sestrami. Na počátku působení v manažerské pozici procházely obdobím tápání, nebyly připravené na tuto práci. Nějakou dobu trvalo, než se zapracovaly, získaly kontakty. Musely se učit novým věcem, zejména novým

činností jako je organizování práce či administrativní činnosti. V této pozici si prošly testováním od podřízených sester ve smyslu, co umí, co neumí, co vydrží či nevydrží. Do pozice vrchní sestry se dostaly aktivněji, přihlášením do konkurzu. Pokud si prošly testováním od svých podřízených na pozici staniční sestry, zde jsou již na to připraveny. Měly zkušenosti s manažerskými činnostmi, ale v této funkci činí největší problémy administrativní činnosti, kterých oproti pozici staniční sestry přibývá. Vrchní sestry řídí užší tým staniční sester a jejich prostřednictvím i ostatní sestry. Některé vrchní sestry mají tzv. poradní sbor, složený z odborníků-sester na stomie, rány nebo na zdravotnickou dokumentaci. Nejčastěji používají autoritativní, demokratický a konzultativní styl řízení. Vrchní sestry sdílejí společný osud s ostatními vrchními sestrami, setkávají se, pomáhají si a radí se. Návrat z funkce vrchní sestry zpět na pozici sestry není možný. Jsou již příliš vzdálené od přímé ošetrovatelské péče. Po práci relaxují, mají koníčky, sportují, cestují.