

Univerzita Karlova  
Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Anna Vojáčková

**Kompetence manažerů v ošetrovatelství**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 25. 4. 2019

Bc. Anna Vojáčková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce Mgr. Petru Vrzáčkovi za odborné vedení, věcné připomínky a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnoval.

# OBSAH

<b>Obsah</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstrakt</b> .....	<b>6</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>7</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA</b> .....	<b>10</b>
<i>1.1 Management v ošetrovatelství</i> .....	<i>10</i>
1.1.1 Ukotvení definice managementu v rámci ošetrovatelství.....	10
1.1.2 Specifika managementu v ošetrovatelství .....	12
1.1.3 Ošetrovatelský tým .....	15
1.1.4 Úrovně managementu v ošetrovatelství.....	16
1.1.5 Úloha manažera v ošetrovatelství.....	17
1.1.5.1 Plánování v ošetrovatelství.....	19
1.1.5.2 Organizování v ošetrovatelství.....	21
1.1.5.3 Řízení lidských zdrojů v ošetrovatelství .....	23
1.1.5.4 Vedení v ošetrovatelství .....	26
1.1.5.5 Kontrola v ošetrovatelství .....	28
<i>1.2 Kompetence</i> .....	<i>29</i>
1.2.1 Definice kompetence .....	29
1.2.1.1 Schopnosti, dovednosti, znalosti, postoje a vlastnosti.....	30
1.2.2 Kompetence a pravomoci .....	32
1.2.3 Klíčové kompetence .....	33
1.2.4 Řízení založené na kompetencích.....	34
1.2.4.1 Kompetenční rámec.....	36
1.2.5 Výzkumy kompetencí manažerů v ošetrovatelství .....	38
<i>1.3 Možnosti získávání manažerských kompetencí pro všeobecné sestry</i> .....	<i>41</i>
1.3.1 Vzdělávání všeobecných sester .....	41
1.3.2 Formální manažerské vzdělávání v oblasti zdravotnictví.....	42
1.3.3 Neformální manažerské vzdělávání v oblasti zdravotnictví.....	43

1.3.4 Formální požadavky na vzdělání manažerů v ošetrovatelství a jejich kompetence .....	44
<b>2 PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>46</b>
2.1 Cíl výzkumu .....	46
2.2 Realizace výzkumu .....	48
2.2.1 Základní a výběrový soubor .....	48
2.2.2 Průběh fokusních skupin .....	49
2.2.3 Průběh dotazníkového šetření.....	55
2.3 Zpracování a analýza dat.....	56
2.4 Hlavní výzkumné otázky .....	76
2.5 Interpretace a diskuze dat .....	77
2.6 Omezení výzkumu .....	81
<b>3 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ.....</b>	<b>82</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>84</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>

## ABSTRAKT

Manažerské pozice v ošetrovatelství jsou pro každé zdravotnické zařízení klíčové, neboť jsou článkem, který přináší strategický plán organizace do centra dění, kterým je přímá péče o pacienty. Staniční a vrchní sestry zásadním způsobem ovlivňují naplňování požadavků zainteresovaných stran zdravotnického zařízení. Způsoby, jakými uchopí role lídrů, mají dopad na budoucnost profese všeobecné sestry. Hlavním cílem diplomové práce je definovat kompetence, které staniční a vrchní sestry potřebují k úspěšnému zvládnutí této zodpovědné role. Definování pravdivých kompetencí, které vychází z profesní praxe staničních a vrchních sester, může přispět k zefektivnění tvorby (sebe)hodnotících nástrojů pro manažery v ošetrovatelství na střední úrovni řízení. Všeobecným sestřám může pomoci při plánování osobního rozvoje a kariéry, pro personalisty mohou být definované kompetence nástrojem, jak vybrat „ty správné“ všeobecné sestry na vedoucí pozice a v neposlední řadě mohou být definované kompetence zdrojem pro tvorbu efektivních vzdělávacích programů pro manažery ve zdravotnictví. Výzkum kompetencí probíhal ve dvou fázích. V prvním kroku byly realizovány dvě fokusní skupiny, na jejichž základě bylo metodou *scissors and sort* definováno celkem padesát kompetencí rozdělených do čtyř hlavních kompetenčních témat a sedmnácti kompetenčních skupin. V druhé části výzkumu byly tyto kompetence testovány dotazníkovým šetřením na širším vzorku populace. Výstupy z dotazníkového šetření byly analyzovány testem nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. V případě potvrzení závislosti byla data analyzována pomocí tzv. *z-skóre* v znaménkovém schématu. Výsledky dotazníkového šetření potvrdily aktuálnost a důležitost kompetencí zjištěných fokusními skupinami. Dotazníkové šetření zároveň neprokázalo souvislost mezi vzděláním manažerů v ošetrovatelství a používanými kompetencemi. Závislost pracovní pozice účastníků dotazníkového šetření se projevila pouze v případě dvou kompetencí z oblasti *odborných ošetrovatelských dovedností*.

**Klíčová slova:** Kompetence, management v ošetrovatelství, staniční sestra, vrchní sestra, řízení podle kompetencí.

## ABSTRACT

The role of nurse managers is crucial for all healthcare organizations, because they are the link, that brings the organization's strategic plan to the center of action, through direct patient care. Ward nurses and head nurses significantly influence the fulfillment of requirements set by the healthcare organizations' stakeholders. The methods they use to take on leadership roles have an impact on the future of nursing. The main goal of this thesis is to define the competencies that the ward and head nurses need to manage this responsibility successfully. Defining true competencies based on head and ward nurses' professional experiences can contribute to streamlining the creation of (self)assessment tools for nurse managers at mid-level management. It can also help nurses with setting personal-development and career goals as well as serve Human Resources specialists as an effective tool for selecting the best-suited nurses for managerial positions. Last, but not least, defining competencies can be a resource for creating effective education programs for healthcare managers. The research for this thesis was conducted in two stages. In the first stage, two focus groups were held. Based on these two focus groups, a total of fifty competencies, divided into four main competency themes and seventeen competence groups, were defined by the *scissors and sort* method. In the second stage of the research, these competencies were tested by a questionnaire on a large sample of the population. The results of the questionnaire were analyzed by a Chi-squared test of independence for the pivot table. If a dependence was confirmed, the data were analyzed using the so called Z-test. The results of the questionnaire confirmed the relevancy and importance of the competencies identified in the focus groups. At the same time, the questionnaire did not show that nurse managers' education was dependent on the competences used. The dependence of the survey participants' specific job positions was reflected only in the case of two competencies within the competency theme *professional nursing skills*.

**Keywords:** Competencies, Nursing management, Ward nurse, Head nurse, Competency based management.

# ÚVOD

Téma kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků je ve zdravotnictví velmi aktuální, důkazem je např. novelizace vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V nové úpravě vyhlášky se kompetence (v zákoně označované jako činnosti) všeobecných sester posílily a rozšířily, nově byly také formulovány kompetence praktických sester. Téma profesních kompetencí všeobecných sester se stalo nejen mezi odbornou veřejností velmi diskutovaným tématem.

Jako všeobecná sestra pracující v přímé péči na neurochirurgické jednotce intenzivní péče jsem si vědoma svých kompetencí, které jsou vymezeny jak zákonem, tak vnitřní dokumentací organizace. Jedná se o kompetence především klinického charakteru, tedy kompetence pokrývající ošetrovatelskou péči o pacienty. Studium, které vede k získání odborné způsobilosti všeobecná sestra, je primárně zaměřené právě na získání těchto kompetencí, které lze nadále upevňovat a rozšiřovat například absolvováním odborných certifikovaných kurzů nebo specializačního vzdělání.

Nejen studium managementu ve zdravotnictví na Fakultě humanitních studií UK, ale také má zkušenost všeobecné sestry s výbornými i méně schopnými manažery v ošetrovatelství mne vedla k otázce, ze které vychází tato diplomová práce: *jaké jsou kompetence manažerů v ošetrovatelství?* Tedy všeobecných sester v manažerských pozicích na střední úrovni řízení, jejichž náplň práce se od všeobecných sester v přímé péči podstatně liší. Jsou tyto kompetence definované zákonem? Které z kompetencí jsou pro staniční a vrchní sestry klíčové? Lze pro staniční a vrchní sestry definovat společné kompetence?

Toto jsou otázky, které mě vedly ke stanovení hlavního cíle diplomové práce, tedy definovat kompetence, které manažeri v ošetrovatelství v České republice při výkonu svého povolání používají a zjistit, které z těchto kompetencí jsou klíčové.

Definování nejen klíčových kompetencí manažerů v ošetrovatelství, může pomoci jak samotným manažerům k sebehodnocení a reflexi své dosavadní manažerské práce, tak zdravotnickým organizacím při výběru vhodných kandidátů na pozici manažerů. Výstupy diplomové práce mohou být podpůrným materiálem při tvorbě vzdělávacích programů pro manažery ve zdravotnictví.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části práce se věnuji třem stěžejním oblastem. První oblast zájmu tvoří význam a činnosti manažerů v ošetrovatelství se zaměřením na specifika ošetrovatelství v České republice,



druhou oblastí je téma kompetencí, kompetenčních modelů a managementu založeného na kompetencích. Třetím tématem, které je zároveň stěžejní pro praktickou část diplomové práce, jsou výzkumy zaměřené na kompetence manažerů ve zdravotnictví a na možnosti získávání manažerských kompetencí pro všeobecné sestry. Na základě teoretické části jsem sestavila celkový design a metodologii výzkumu. Praktická část diplomové práce je kombinací kvalitativního a kvantitativního výzkumu s použitím metod fokusní skupiny a navazujícího dotazníkového šetření.

# 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Obsah teoretické části, ve které se zabývám managementem v ošetrovatelství, různými úhly pohledu na kompetence a dále kompetenčními modely ve zdravotnictví, slouží jako podklad a zároveň východisko pro výzkum klíčových kompetencí manažerů v ošetrovatelství.

## 1.1 Management v ošetrovatelství

Marta Staňková, jedna z průkopnic českého moderního ošetrovatelství, o manažerkách v ošetrovatelství říká: „*Vedoucí sestry, buďte příkladem, ale nespolehejte se na to, že vás všechny sestry dobrovolně napodobí. Vyžadujte to. Jste řídicí pracovnice a máte právo nařizovat!*“ (Škubová, Chvátalová, 2004).

Tato kapitola představuje jednotlivé aspekty a specifika managementu v prostředí ošetrovatelství, ukazuje, jak se konkrétní definice managementu v tomto prostředí modifikují a jaké je jeho paradigma. Dále se kapitola věnuje úlohám manažera v ošetrovatelství a jeho postavení v hierarchii zdravotnické organizace.

### 1.1.1 Ukotvení definice managementu v rámci ošetrovatelství

Definice managementu existuje mnoho, v průběhu dějin s příchodem nových poznatků a přístupů se často měnily. Pro účel své diplomové práce vycházím z definic managementu, které považuji za aktuální a aplikovatelné v prostředí ošetrovatelství.

Harold Koontz definuje management jako proces takové nastavení prostředí, ve kterém jednotlivci pracují ve skupinách za účelem dosažení vytyčených cílů a manažer je odpovědný za realizaci činností, které umožní jednotlivcům co nejlépe přispět ke skupinovým cílům. Jinými slovy jsou manažeři zodpovědní za stanovení poslání organizace a zajištění potřebných zdrojů pro naplnění tohoto poslání (Koontz, Weihrich, 1998).

Podle Mary Parker Follet je management umění dosáhnout cíle prostřednictvím lidí. Stejnou roli člověka, který dosahuje vytyčených cílů prostřednictvím jiných lidí, jako Mary Parker Follet, přisuzuje manažerům ve své knize *Řízení podle kompetencí* také Jiří Plamínek (Graham, 2003; Plamínek, Fišer, 2005).

Výše zmíněné definice managementu se shodují s popisem managementu podle Petra F. Druckera, který je považován za zakladatele moderního managementu a který tvrdí, že

podstata managementu je v lidech a funkcí managementu je umožnit těmto lidem co nejlepší kolektivní výkon, a to efektivním využíváním jejich předností a potlačováním významu jejich slabých stránek. Kolektivní výkon lidí tedy přímo souvisí s úrovní managementu organizace. Podle Petra F. Druckera musí management plnit následující úkoly, aby umožnil organizaci fungovat.

1. **Poslání.** Zde se podmínky v podnikových a nepodnikových organizacích velmi liší. V organizaci poskytující ošetrovatelskou péči (nejčastěji nemocnice), není hlavním účelem existence, na rozdíl od podnikových organizací, ekonomická výkonnost, nýbrž péče o nemocného. V tomto případě jsou ekonomické podmínky omezením. Přesto i zde nese management odpovědnost za ziskovost organizace.
2. **Výsledky pracovníků.** V tomto případě je úkolem managementu zajištění produktivity práce a efektivnosti zaměstnanců. To zahrnuje organizaci práce a zprostředkování vhodných pracovních podmínek.
3. **Sociální povinnosti.** Dalším úkolem managementu je řídit sociální důsledky činnosti organizace (Drucker, 2016).

Definice managementu, kterou považuji za velmi komplexní a ze které, dle mého názoru, jasně vychází jednotlivé činnosti manažerů, které popisují v následujících kapitolách, definovala *Společnost pro management a leadership* takto: „*Management je umění motivovat spolupracovníky k maximálnímu využití vlastního potenciálu a takovým výkonům, které umožňují dosahování předem stanovených firemních cílů s využitím dostupných zdrojů. Hlavní úlohou manažera je vytvářet pro své spolupracovníky takové podmínky, které jim umožní plnit svěřené úkoly dle předem dohodnutých parametrů a dosahovat naplánovaných firemních cílů.*“ (Společnost pro management a leadership, 2012).

V prostředí ošetrovatelství je práce ve skupinách klíčovým prostředkem k dosažení všech stanovených cílů v oblasti péče o pacienta. Management by měl umožnit jednotlivci v rámci multidisciplinárních týmů efektivně uplatnit své znalosti a dovednosti v oblasti péče o pacienta.

Ze všech uvedených definic vyplývá, že management je založený na efektivním používání znalostí skrze vedení lidí, a tím dochází k plnění cílů a poslání organizace.

Převedeme-li tuto myšlenku do prostředí ošetrovatelství, pak můžeme říci, že cílem managementu v ošetrovatelství je poskytování kvalitní ošetrovatelské péče skrze ošetrovatelský tým.

V odborné literatuře oboru ošetrovatelství se můžeme setkat se dvěma významy pojmu management. Prvním z nich je ošetrovatelský management, tedy poskytování kvalitní ošetrovatelské péče skrze ošetrovatelský proces. Ošetrovatelský management je realizován všeobecnou sestrou v přímé péči. Oproti tomu management v ošetrovatelství, který vychází z všeobecného managementu, aplikuje principy řízení a vedení lidí z jednotlivých úrovní řízení v ošetrovatelství (Jarošová, 2006). Ve své diplomové práci se zabývám pouze managementem v ošetrovatelství, který je realizován například staniční a vrchní sestrou.

### **1.1.2 Specifika managementu v ošetrovatelství**

Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína, která je součástí zdravotní péče. Principy ošetrovatelství vychází především z humanismu a holismu, myšlenkových proudů, zabývajících se komplexním pojetím člověka.

Podstatou ošetrovatelství je udržení, podpora a navrácení zdraví člověka, a to aktivním vyhledáváním a uspokojováním biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb, poskytováním individuální, holistické a na základě vědeckých důkazů založené péče. Ošetrovatelskou péči poskytuje ošetrovatelský tým, složený z různě kvalifikovaných pracovníků ve spolupráci s nemocným, jeho rodinou, lékaři, dalšími zdravotnickými a jinými odbornými pracovníky (Věstník MZ ČR, 2004).

Z tohoto popisu ošetrovatelství je tedy zjevné, že se jedná o komplexní, multidisciplinární obor, který k poskytování efektivní ošetrovatelské péče vyžaduje kvalitní management. Management ve zdravotnictví se však v mnohém liší od klasického podnikového managementu. V první řadě jde o již zmiňovaný smysl existence zdravotnické organizace, ve kterém obvykle nejde především o tvorbu zisku nebo přebytku, ale jde o poslání pomáhat jednotlivcům, skupinám a rodinám při podpoře, navrácení a udržení zdraví, které vychází z filozofických kořenů oboru a za které nese management v ošetrovatelství sociální odpovědnost. Toto poslání klade specifické nároky na všechny zaměstnance, a především na manažery (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

Ošetrovatelství se od ostatních vědních oborů výrazně liší v tom, že může ovlivňovat základní potřeby a hodnoty člověka, kterými jsou zdraví a kvalita života. Na základě tohoto

specifika však některé obecně platné manažerské teorie přestávají platit nebo se musí tomuto specifickému oboru přizpůsobit. Mezi další specifické charakteristiky ošetrovatelství, kterým se musí management přizpůsobit, patří (Hekelová, 2012):

#### Zdraví a kvalita života jako služba

Pro zdravotní péči platí stejné ekonomické zákonitosti jako pro jinou službu. Výrazným rozdílem oproti jiným službám je, že po zdravotní péči požadujeme všeobecnou dostupnost, která je zajištěna prostřednictvím povinného veřejného zdravotního pojištění. Dalším specifikem ve zdravotnictví je aplikace marketingu, prodejních dovedností a práce s cenami služeb. Aplikace těchto manažerských teorií je ve zdravotnictví omezená, a to jak zákonem (Zákon č. 40/1995 Sb.), tak centrální regulací cen zdravotnických výkonů a léčiv (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

#### Etika oboru

Manažeři v ošetrovatelství, kteří mají způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra, jsou vázáni etickým kodexem tohoto povolání a právními normami, jejichž znalost je pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče nutností. Pracovníci v ošetrovatelství jsou velmi často vystavováni etickým dilematům, jako např. rodina požadující intervence, které jsou v neprospěch pacienta, nebo poskytování péče pacientovi, který o ni nemá zájem.

#### Vysoké nároky na různé typy komunikace

Ošetrovatelství je vždy součástí širokého týmu složeného z různých zdravotnických profesionálů, bez jejichž aktivní účasti na ošetrovatelském procesu není pacientovi poskytnuta kvalitní péče. Manažer v ošetrovatelství musí umět komunikovat s širokým spektrem vysoce specializovaných profesionálů, což klade mimo jiné požadavky na aktivní znalost odborné terminologie a schopnost koordinovat multidisciplinární týmy (Hekelová, 2012).

Komunikace s pacientem vyžaduje opatrný a velmi citlivý přístup, neboť komunikujeme s člověkem, který pravděpodobně nějak trpí a často se i bojí.

### Výrazný nedostatek ošetrovatelského personálu

Současná situace na trhu práce, kde je nedostatek nejen všeobecných sester, ale také ošetrovatelů a sanitářů, staví sestry manažerky do role, ve které jsou nuceny se začlenit v rámci zachování nastavené kapacity ošetrovatelské péče, do běžné práce v týmu, který vedou, a současně s rolí manažerky zastávat také roli všeobecné sestry v přímé péči. Zastávání těchto dvou rolí klade na sestry manažerky velmi vysoké nároky. To souvisí s dalším specifickým – vysokou mírou pracovního stresu.

### Vysoká míra stresu a rizika syndromu vyhoření

Zaměstnanci pracující v oboru zdravotnictví jsou často vystaveni emocionálním problémům pacientů, jsou konfrontováni s utrpením, bolestí a smrtí. Tato náročná atmosféra je zdrojem vysoké míry stresu, se kterým musí sestra manažerka umět pracovat v rovině osobní i v rovině práce s týmem (Hekelová, 2012).

### Regulace zdravotnické profese

Profese všeobecné sestry patří mezi tzv. regulované profese, to znamená, že právní předpisy určují kdo, kde a za jakých podmínek může tuto profesi vykonávat. V České republice je profese všeobecné sestry regulována především zákonem č. 96/2004 Sb.<sup>1</sup>, který zejména stanovuje podmínky pro získání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání (Vévoda, 2013).

### Feminizace oboru

Převážnou většinu ošetrovatelských týmů tvoří ženy, což výrazně ovlivňuje celkovou atmosféru na pracovištích. Je známo, že muži jsou méně emotivní než ženy a nedostatek tohoto možná „chladnějšího“, ale zato racionálnějšího přístupu, se projevuje nejen při řízení ošetrovatelské jednotky, ale také při řešení konfliktů a v běžné komunikaci (Hekelová, 2012).

### Vzdělávání v ošetrovatelství

System vzdělávání všeobecných sester je velmi aktuálním problémem. Do roku 2004 bylo vysokoškolské vzdělání všeobecných sester dobrovolné. Tento stav změnil zákon č. 96/2004 Sb., který umožňoval tzv. samostatnou činnost pouze sestrám s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním. Tento zákon byl změněn novelou z roku 2011 a znovu

---

<sup>1</sup> Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

aktualizován v roce 2017. Každá novela obsahovala změny v požadavcích na vzdělávání sester. Zdravotnictví je obecně oborem, který prochází neustálými změnami. Od roku 1993 se na postu ministra zdravotnictví vystřídal dvacet tři ministrů, což s sebou nese vysokou míru nejistoty a absenci jednoznačných pravidel, což komplikuje plánování a strategický přístup manažerů ve zdravotnictví (Hekelová, 2012).

Specifik managementu v ošetrovatelství zcela jistě existuje celá řada. Na základě své profesní praxe považují výše uvedená specifika za nejvýznamnější.

### **1.1.3 Ošetrovatelský tým**

Jednou ze zodpovědností manažera je řízení týmu. Koho tedy konkrétně řídí manažer v ošetrovatelství? Vedoucí pracovník na každé úrovni managementu řídí ošetrovatelský tým, který je v závislosti na postavení tohoto pracovníka v organizační struktuře různě veliký. Členy ošetrovatelského týmu, kromě manažerů v ošetrovatelství, jsou:

- a) Všeobecné sestry: po získání způsobilosti k výkonu tohoto povolání je všeobecná sestra zplnomocněna k samostatnému výkonu základní a specializované ošetrovatelské péče, vysoce specializovanou péči může vykonávat pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí.
- b) Praktické sestry: po získání způsobilosti k výkonu povolání praktické sestry může samostatně zajišťovat základní ošetrovatelskou péči, specializovanou ošetrovatelskou péči může vykonávat pod odborným dohledem všeobecné sestry a vysoce specializovanou péči pak pod přímým vedením všeobecné sestry specialistky.
- c) Ošetrovatelé: v rozsahu své odborné způsobilosti mohou samostatně vykonávat konkrétní činnosti spojené s poskytováním základní a specializované ošetrovatelské péče, pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru mohou tyto činnosti vykonávat také v rámci vysoce specializované péče.
- d) Sanitáři: pod odborným dohledem pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu mohou provádět pomocné a obslužné činnosti nutné k poskytování ošetrovatelské péče. Pod přímým vedením všeobecné sestry nebo praktické sestry může tyto činnosti vykonávat také při poskytování specializované

péče a pod přímým vedením sestry se specializovanou způsobilostí také u vysoce specializované péče (Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.).

V sociálních službách patří do ošetrovatelského týmu také pracovníci v sociálních službách.

Kromě členů ošetrovatelského týmu, který manažer řídí přímo, musí také zajistit spolupráci ostatních členů širokého zdravotnického týmu, mezi které mimo jiné patří technici, IT specialisté, laboranti, nutriční terapeuti atd. Využíváním těchto multidisciplinárních týmů dochází ke zkrácení délky hospitalizace pacienta a snížení nákladů na zdravotní péči (Vévoda, 2013).

Samozřejmě lze s tvrzením, že do ošetrovatelského týmu patří pouze výše zmiňované profese, polemizovat. Širší definice ošetrovatelského týmu by určitě zahrnovala pacienta, jeho rodinu, ergoterapeuta a další specialisty. Mým záměrem bylo popsat ošetrovatelský tým z pohledu nejtýpickejší organizační hierarchie, tedy jako přímé podřízené pracovníky sestry manažerky na pozici staniční sestry.

#### **1.1.4 Úrovně managementu v ošetrovatelství**

Úrovně managementu v ošetrovatelství můžeme sestupně dělit na vrcholový, střední a liniový management (Jarošová, 2006).

Toto dělení slouží pouze k vyjádření hierarchie a vztahů nadřízenosti/podřízenosti manažerů v ošetrovatelství tak, jak je typické pro Českou republiku. Záleží však na každé konkrétní zdravotnické organizaci, jakou organizační strukturu zvolí.

V rámci managementu v ošetrovatelství se v českém prostředí setkáme především s pracovními pozicemi náměstek/náměstkyně ošetrovatelské péče, vrchní sestra, staniční sestra a vedoucí směny, popřípadě vedoucí ošetrovatelských týmů. Dělení ošetrovatelského managementu na vrcholový, střední a liniový je pouze orientační. Každá zdravotnická organizace si v rámci organizační struktury vytváří vlastní manažerské pozice.

##### Vrcholový management

Vrcholový manažer, v oblasti ošetrovatelství obvykle náměstkyně/náměstek pro ošetrovatelskou péči, je v dané organizaci zodpovědný za celkovou koordinaci řízení veškeré ošetrovatelské péče a činností, které s ní souvisí. V rámci konkrétní organizační



struktury může pak náměstek pro ošetrovatelskou péči odpovídat například za oddělení vzdělávání či oddělení kvality dané organizace.

Vrcholový manažer iniciuje a podílí se především na strategickém plánování a zabezpečování veškerých zdrojů pro činnost ošetrovatelství v organizaci (Jarošová, 2006).

#### Management střední úrovně

Manažer střední úrovně odpovídá za chod konkrétní kliniky nebo oddělení v rámci ošetrovatelské péče. Odpovídá za realizaci stanovených cílů v rámci strategických plánů, podílí se na plánování a zabezpečení potřebných zdrojů pro fungování konkrétního organizačního útvaru v rámci svých pravomocí. Zabývá se také vzděláváním, motivací a odborným růstem liniových manažerů, všeobecných sester v přímé péči a dalších členů ošetrovatelského týmu (Jarošová, 2006).

#### Liniový management

Liniový manažer odpovídá za vedení konkrétního ošetrovatelského týmu na ošetrovatelské jednotce. Koordinuje a řídí realizaci konkrétních, každodenních úkolů, které vedou k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče na ošetrovatelské jednotce. Poskytování ošetrovatelské péče je přímo účastna a detailně monitoruje a vyhodnocuje její kvalitu. Odpovídá za provedení ošetrovatelské péče u konkrétních pacientů. Je zodpovědný za zajištění návaznosti péče a zahrnutí dalších odborníků (fyzioterapeuti, sociální pracovníci, ...) do rámce poskytování komplexní ošetrovatelské péče (Jarošová, 2006).

Liniový manažer řídí v rámci jemu svěřené ošetrovatelské jednotky adaptační proces nově přichozích zaměstnanců a je zodpovědný za zajištění komunikačních toků a předávání informací.

### **1.1.5 Úloha manažera v ošetrovatelství**

Michale Armstrong uvádí, že manažer je člověk, který zabezpečuje efektivní fungování organizace a je odpovědný za dosahování požadovaných výsledků. Zároveň je odpovědný za řízení zdrojů v organizaci (financí, znalostí, informací...), skrze které dosahuje stanovených cílů (Armstrong, Stephens 2008).

Úloze manažera lépe porozumíme, známe-li jeho práci, kterou lze klasifikovat podle konkrétních činností. Klasifikací činností manažerů existuje mnoho. Já jsem si pro účel

diplomové práce vybrala dvě, a to jednak od Petra F. Druckera, jednak od Harolda Koontze a Heinze Wheiricha.

Petr F. Drucker říká, že existuje pět základních činností manažera, které integrují zdroje organizace a vedou k jejímu růstu:

1. stanovování cílů,
2. organizování,
3. motivace a komunikace,
4. měření,
5. rozvoj lidí a sebe sama (Drucker, Maciariello, 2008).

Dle Heinze Weihricha a Harolda Koontze patří mezi základní funkce manažerů:

1. plánování,
2. organizování,
3. personální zajištění,
4. vedení,
5. kontrola.

Činnosti, které ve svém modelu uvádí H. Koontz a H. Weihrich, nazýváme sekvenční, neboť se obvykle realizují postupně, ale samozřejmě se částečně překrývají (Koontz, Weihrich, 1998).

Oba modely se shodují v plánování, které lze také pojmenovat jako stanovování cílů a organizování. V dalších oblastech se autoři již rozcházejí, přesto můžeme říci, že motivace, komunikace a rozvoj lidí se týká volby zaměstnanců a vedení lidí. Měření, jakožto vyhodnocování dosažených výsledků, souvisí s kontrolou.

V následujícím textu se věnuji činnostem manažerů v prostředí ošetrovatelství. Manažer na každé úrovni organizační struktury musí tyto činnosti vykonávat, ovšem v návaznosti na své postavení v hierarchii organizace (viz. kapitola 1.1.4 Úrovně managementu v ošetrovatelství) věnuje jednotlivým činnostem více či méně času. Tento jev dokresluje tabulka č. 1, který zachycuje rozdělení času manažerů mezi jednotlivé činnosti.

**Tabulka 1: Rozdělení času manažerů mezi jednotlivé činnosti (Bělohávek a kol., 2006).**

<b>Liniový management</b>	<b>Střední management</b>	<b>Vrcholový management</b>
Plánování	Plánování	Plánování
Organizování		
Vedení	Organizování	Organizování
	Vedení	
Kontrolování	Kontrolování	Vedení
		Kontrolování

### 1.1.5.1 Plánování v ošetrovatelství

Nacházíme se v době častých změn, které vycházejí nejen z nestabilního obsazení postu ministra zdravotnictví, jeho náměstků a s tím souvisejících změn v top managementech nemocnic. Celková nezaměstnanost v České republice klesla v roce 2018 až na 1,9 % a zajistit kvalitní členy ošetrovatelského týmu je tak velmi náročné (Český statistický úřad, 2019).

Toto jsou faktory, které z plánování činí jednu z nejnáročnějších manažerských činností, neboť plánování (především dlouhodobé) v době personálního nedostatku, změn a nejistoty se někdy může zdát jako „věštění z křišťálové koule“, ale i přesto je dle mého názoru k fungování jednotlivých ošetrovatelských týmů nezbytné.

Plánování v ošetrovatelství pomáhá zajistit, že se pacientům dostane taková ošetrovatelská péče, kterou chtějí a potřebují, a že tato péče bude poskytována spokojenými zaměstnanci (Swansburg, Swansburg, 2002).

Z hlediska časového horizontu lze plánování dělit na:

#### 1. Strategické

Strategické plánování je proces, jehož cílem je vytvořit sdílenou vizi o budoucnosti organizace a rozvíjet nezbytné postupy a operace k jejímu naplnění. Většina organizací má vlastní organizační strategický plán, ze kterého je nutné při tvorbě ošetrovatelské strategie vycházet. V ideálním případě je ošetrovatelská strategie začleněna do celkového organizačního strategického plánu.

Důležitou součástí strategického plánování ošetrovatelství v konkrétní organizaci je rozbor současného stavu poskytování ošetrovatelské péče. To nám umožní identifikovat nejen silné stránky a příležitosti, ale zároveň nedostatky a slabá místa v systému poskytování

ošetřovatelské péče. Jakmile je dokončen rozbor slabých míst, je možné určit realistickou vzdálenost mezi současným stavem a preferovanou vizí.

Do tvorby strategického plánu by mělo být zahrnuto co nejvíce všeobecných sester, které mohou poskytnout potřebné vstupní informace a myšlenky ohledně preferované budoucnosti ošetřovatelství v organizaci. V efektivním a dynamickém procesu strategického plánování by měly být zahrnuti také klíčoví partneři z oblasti lidských zdrojů, marketingu, vzdělávání, financování aj. Součástí strategického plánování je rovněž průběžné měření výsledků a hodnotící proces, který je velmi důležitý k posouzení efektivity jednotlivých taktik a operací. Strategický plán pomáhá sjednotit všechny části ošetřovatelského týmu, za účelem dosažení společné vize. V případě, že jsou plněny dílčí cíle a je dosaženo pozitivní změny, může být významným zdrojem motivace. K naplnění strategických cílů pak slouží konkrétní taktické a operativní plány (Drenkard, 2012).

## 2. Taktické

Taktické plánování je střednědobé a specifikuje plány, které byly stanoveny v rámci strategického plánování. Nastavuje dílčí cíle, jejichž plnění je předmětem operativního plánování. V prostředí ošetřovatelství taktické plánování znamená především (Plevová a kol., 2012):

- obsazování manažerských funkcí a plánování personálního zajištění svěřeného úseku,
- plánování vzdělávání personálu,
- plánování realizace ošetřovatelských trendů,
- plánování finančních cílů oddělení/kliniky.

## 3. Operativní

Operativní plánování se týká krátkodobého horizontu a převádí cíle stanovené v rámci strategického plánování do každodenních procesů a aktivit na úrovni jednotlivých oddělení, ošetřovatelských týmů i jednotlivců. V rámci operativního plánování sestra manažerka stanovuje cíle k:

- způsobu poskytování ošetřovatelské péče, která je přizpůsobena specifikům daného oddělení a poskytovaným službám,

- složení a počtu personálu na oddělení včetně rozpisu směn podřízených na každý měsíc a plánů dovolené,
- harmonogramu práce zaměstnanců,
- zajištění dostatečného počtu zdrojů k poskytování ošetrovatelské péče (pomůcky, materiál, léky...),
- bezpečnému pracovnímu prostředí (Plevová a kol., 2012).

Každému typu plánování musí předcházet pečlivá analýza situace, která manažerovi odkryje problémy a základní prvky plánu. Zapojení sester manažerek do jednotlivých typů plánování, v souvislosti s jejich postavením v organizační hierarchii ukazuje tabulka 2.

Toto rozdělení však není striktní a záleží na kultuře a zvyklosti organizace, jak zapojuje jednotlivé úrovně managementu, ale také řadové zaměstnance do tvorby plánů. Důležitá je schopnost manažera, aktivně se zapojit nejen do tvorby jednotlivých plánů, ale také do jejich realizace.

**Tabulka 2: Zapojení managementu do jednotlivých typů plánování (Zdroj vlastní).**

<b>Liniový management</b>	<b>Střední management</b>	<b>Vrcholový management</b>
Operativní	Operativní	Operativní
		Taktické
	Taktické	Strategické
Strategické		

### 1.1.5.2 Organizování v ošetrovatelství

Organizování je manažerská funkce jejíž podstatou je přidělováním a koordinace veškerých organizačních zdrojů tak, aby skrze ně mohla organizace dosáhnout naplánovaných cílů. Organizování také zahrnuje veškeré aktivity spojené s vytvořením struktury a hierarchie pracovních pozic na konkrétních odděleních (Huber, 2018).

Organizování lze dle Hekelové rozdělit na následující činnosti (Hekelová, 2012):

a) Rozhodování

Rozhodování patří mezi základní a každodenní činnosti, které manažer vykonává. Často je rozhodování automatické, ale v některých situacích vyžaduje větší pozornost. Mezi takové situace patří například implementace změn, řešení konfliktních situací a rozhodování v rámci krizového managementu. V rámci rozhodování je třeba odlišovat dvě dimenze, které navazují na hierarchii řízení v organizaci, jde o strategické a operativní formy rozhodování. Strategická rozhodnutí mají významný vliv na fungování celé organizace, oproti tomu operativní rozhodnutí se týká pouze nižší hierarchie řízení. Strategická rozhodnutí se pojí s vysokou mírou nejistoty a jsou přijímána pro budoucnost, kterou nelze přesně předpovědět. Operativní rozhodnutí jsou proti strategickým krátkodobá a nemusí se zabývat komplexností chodu celé organizace (Krbová, 2016).

b) Delegování

Delegování je činnost, která je, v případě správného delegování jednou z nejužitečnějších manažerských dovedností. Delegování je nejen výhodné pro manažera samotného, ale zároveň může rozvíjet jeho podřízené a v rámci přesunu pravomocí a zvýšení odpovědnosti může být také motivačním faktorem pro zaměstnance (Hekelová, 2012).

Americká asociace sester a národní rada sester (American Nurses Association and National Council of State Boards of Nursing) označuje delegování v ošetrovatelství za jednu z nejdůležitějších kompetencí sester v 21. století. V současné době, je více ošetrovatelské práce než všeobecných sester, které by tuto práci vykonávaly. Tento stav je důsledkem rostoucího počtu osob, kteří potřebují zdravotní péči, která je čím dál komplexnější a složitější, vytváří obrovskou poptávku po ošetrovatelské péči. Proto více než kdy jindy musí umět všeobecné sestry na manažerských pozicích ošetrovatelskou činnost efektivně a zodpovědně delegovat (ANA, NCSBN, 2005).

Manažer prokazuje delegováním důležitých úkolů svou důvěru v daného zaměstnance. Jako příklad delegování bych chtěla uvést situaci, kdy je staniční sestra zodpovědná za přenos aktualizací vnitřních předpisů do ošetrovatelské praxe, kontrolu běžného technického vybavení oddělení a řešení poruch, využívání moderních převazových technik v rámci péče o rány atd. Tato staniční sestra si v rámci své ošetrovatelské jednotky vytvořila tzv. pracovní týmy a pověřila vždy konkrétní sestru vedením daného týmu. To znamená, že v rámci daného oddělení začal fungovat např. technický tým, jehož úkolem bylo dohlížet na

používání zdravotnické techniky na oddělení a zároveň seznamovat s novou technikou své kolegy, popřípadě učit práci s touto technikou nově příchozí všeobecné sestry.

#### c) Zajištění organizační struktury a struktury jednotlivých pracovišť

Téměř v každé organizaci existuje formální organizační struktura, která je jasně stanovená vnitřními předpisy, ale zároveň se může na základě osobního přátelství a zájmů vytvořit neformální organizační struktura. V rámci tvorby podrobné organizační struktury, např. na úrovni jednotlivých oddělení, je nutné vytvořit popisy pracovních funkcí včetně stanovení náplní práce, pravomocí a zodpovědností.

V rámci jednotlivých pracovišť je povinností manažera zajistit jejich optimální strukturu. Samozřejmě se nejedná pouze o počet jednotlivých pracovníků, jejichž navyšování je v současné době velmi problematické, ale jedná se spíše o efektivní využití silných schopností zaměstnanců. Existuje celá řada činností, ve kterých je možné využít speciálních dovedností jednotlivých zaměstnanců, jako třeba v příkladu z kapitoly delegování, kde sestra manažerka využila technických dovedností všeobecné sestry k řízení technického týmu a pověřila ji kontrolou nad používáním technického vybavení oddělení. Z toho tedy vyplývá, že zajištění optimální struktury pracoviště přímo souvisí se schopností využívat potenciál konkrétních zaměstnanců (Hekelová, 2012).

#### d) Koordinace týmů

V kontextu mé diplomové práce jde především o koordinaci ošetrovatelských týmů, kde je nutné zajistit spolupráci tohoto týmu s širším týmem odborníků. Tato spolupráce by měla být zajištěna jak horizontálně, tak vertikálně.

Na jednotlivé týmy v organizaci je nutné nahlížet jako na živé organismy, které nepracují vždy ideálně, a proto je nutné je korigovat a přizpůsobovat momentální situaci na pracovišti.

Mezi organizování patří také tvorba organizační kultury, která může být managementem cíleně ovlivňována a vytvářena. Management svým chováním a pravidly, které tvoří, nastavuje unikátní organizační kulturu (Jarošová, 2006).

### **1.1.5.3 Řízení lidských zdrojů v ošetrovatelství**

Personalistika a řízení lidských zdrojů zahrnuje mnoho činností, postupů a metod od tvorby personální strategie přes výběr a nábor pracovníků, přípravu pracovní smlouvy,

vzdělávání zaměstnanců až po vyplácní mzdy nebo rozvázání pracovního poměru. Většinu činností v rámci řízení lidských zdrojů v organizaci zajišťuje a realizuje personální oddělení, zároveň by toto oddělení mělo poskytovat podporu manažerům v ošetrovatelství při realizaci řízení lidských zdrojů v rámci oddělení nebo kliniky.

### Výběr a získávání pracovníků

V současné době nízké nezaměstnanosti a nedostatku všeobecných sester je právě tato fáze pro jakékoliv fungování organizace poskytující zdravotnické služby klíčová. Při výběru a získávání nových pracovníků je zásadní strategie, kterou obvykle nastavuje vrcholový management a na níž se podílejí všichni manažeři v ošetrovatelství. Do této strategie by měly patřit nejen tradiční způsoby získávání nových pracovníků jako jsou inzeráty, internetové portály a veletrhy práce, ale především zajištění osobního kontaktu/náboru potenciálních nebo stávajících všeobecných sester s organizací. Tímto je myšlenka investice například do odborných praxí, dní otevřených dveří, zkrátka služeb, které organizace nabízí školám se studijním oborem v ošetrovatelství. Také Diane L. Huber, sledává, spolupráci zdravotnických zařízení se vzdělávacími institucemi pro všeobecné sestry klíčovou. Za důležitou považuje také spolupráci se základními a středními školami, kterou je možné motivovat studenty k výběru vyšších a vysokých škol se zdravotnickým zaměřením (Huber, 2018).

Kreativních způsobů, jak získat nové zaměstnance, nebo alespoň navázat spolupráci s institucemi, které nové zaměstnance mohou poskytnout, je mnoho. Záleží tedy na dostupnosti a efektivním využití zdrojů, které manažer konkrétní organizace může za tímto účelem vynaložit a tím alespoň částečně předejít problémům spojeným s nedostatkem personálu. Podpora oddělení PR a marketingu je pro nábor potenciálních zaměstnanců velmi důležitá. Ideální při tvorbě strategie získávání nových pracovníků je tedy tým složený ze specialistů v oboru personalistika, PR, marketing a kvalita v ošetrovatelství.

### Adaptace a rozvoj zaměstnanců

Má-li nový zaměstnanec dobře plnit svojí funkci, potřebuje porozumět organizační struktuře a svému zapojení v ní. Součástí uvedení nového zaměstnance do provozu organizace je seznámení s veškerými vnitřními předpisy, které se týkají jeho práce a osvojení si veškerých postupů, které bude provádět. V rámci adaptačního procesu je nutné pamatovat také na povinná školení, které jsou daná platnou legislativou (např. školení o protipožární ochraně) (Spojená akreditační komise, 2013).



Oporu k procesu adaptace nelékařských zdravotnických pracovníků poskytuje Ministerstvo zdravotnictví ve věstníku č. 6 z roku 2009. Zde je vcelku jasný návod na vedení adaptačního procesu. Tento dokument je ovšem pouze doporučený a pro zdravotnické organizace není závazný. Ze své praxe však mohu uvést, že mnoho organizací ve svých vnitřních předpisech z výše uvedeného dokumentu vychází. Z tohoto dokumentu také vyplývá, že manažer daného oddělení/jednotky je zodpovědný za sestavení plánu adaptačního procesu, určí školicího pracovníka (mentora) a seznámí nového zaměstnance s průběhem a organizací adaptačního procesu. Manažer konkrétního oddělení tedy odpovídá za realizaci a kvalitu adaptačního procesu (Věstník MZ ČR, 2009).

Proces rozvoje a vzdělávání zajišťuje organizaci vzdělané, kvalifikované a angažované zaměstnance, které potřebuje. Při rozvoji a vzdělávání zaměstnanců by organizace měla vycházet nejen ze svých strategických cílů, ale také z osobní potřeby rozvoje a růstu konkrétních zaměstnanců. Proces rozvoje a vzdělávání zajišťuje jak jednotlivým zaměstnancům, tak celým týmům příležitost osvojit si požadované kompetence prostřednictvím vlastních zkušeností, vzdělávacích programů, aktivit zajišťovaných organizací samotnou nebo skrz vedení a koučování manažerů (Armstrong, 2015).

### Hodnocení zaměstnanců

Od manažera v ošetrovatelství se očekává poskytování zpětné vazby zaměstnancům. Zpětná vazba by měla ověřit kompetence zaměstnanců, identifikovat jejich potřeby v oblasti osobního růstu a zlepšit jejich pracovní výkon. Zároveň by zpětná vazba měla sloužit jako motivace pracovníka a podpora jeho osobního růstu. Výše zmíněné výstupy je možné od hodnocení pracovníků očekávat pouze v případě, že bude zpětná vazba poskytována správným způsobem. Při hodnocení pracovníků je nutné dodržovat následující pravidla (Škrála, Škrlová, 2003):

- Neformální zpětná vazba by měla být poskytována zaměstnanci v průběhu celého hodnotícího období.
- Cíle zaměstnance pro příští období jsou nastavovány jak manažerem, tak pracovníkem samotným. Očekává se tedy aktivní role od hodnotitele i hodnoceného.
- Po stanovení očekávaných cílů je nutné během následujícího období s výsledky hodnocení aktivně pracovat a předejít tak formalismu, kdy stanovování cílů a hodnocení samotné je pouhým papírováním.

- Aby bylo hodnocení smysluplné musí být použit správný nástroj, jakým je například validovaná hodnotící škála. Důležitá je také vhodná komunikace manažera s hodnoceným zaměstnancem, manažer by měl zaměstnance podpořit k neformální, otevřené diskuzi.
- Během hodnocení by měl manažer mít na mysli, že jde především o motivaci a povzbuzení zaměstnance, nikoliv o kárné řízení.
- Hodnocení ze strany manažera je vždy založeno na důkazech a informacích, nikoliv domněnkách či pocitech.
- Alespoň jeden z cílů by měl reflektovat osobní růst zaměstnance.
- Manažer by si měl zajistit zpětnou vazbu od ostatních zaměstnanců, aby si ověřil, jak vnímají její vyhodnocování.

Dle mého názoru je průběžné, neformální hodnocení zaměstnance klíčové. Vzhledem k náročnému povolání všeobecné sestry, může hrát pochvala a uznání od vedoucího zaměstnance významnou roli při prevenci syndromu vyhoření.

#### **1.1.5.4 Vedení v ošetrovatelství**

Plevová uvádí definici vedení lidí jako proces působení na podřízené tak, aby optimálně využívali své schopnosti k plnění zájmů organizace (Plevová a kol., 2012). Jarošová ve své definici vedení lidí uvádí ještě jeden důležitý faktor, který v rámci vedení považují za velmi důležitý, tímto faktorem je uspokojení vlastních potřeb zaměstnanců při plnění zájmů organizace (Jarošová, 2006). V případě uspokojení vlastních potřeb zaměstnanců musí manažer zvážit, zda a do jaké míry je v jeho silách a možnostech tyto potřeby uspokojit. Některé očekávání a potřeby zaměstnanců mohou být nerealistické.

Z toho tedy vyplývá, že jedním z důležitých úkolů vedoucího pracovníka je schopnost znát své podřízené a jejich potřeby, které umí naplňovat pomocí vhodně zvolené pracovní pozice a přidělováním „vhodných úkolů“. Jako příklad chci uvést ošetrovatelský tým, ve kterém jedna z všeobecných sester často upozorňovala na profesní chyby svých kolegyně, snažila se organizovat jejich práci a poučovat je o správných ošetrovatelských postupech. Staniční sestra prostřednictvím pohovorů identifikovala u zmíněné všeobecné sestry potřebu a zároveň předpoklady pro mentorskou činnost. Nabídla ji účast na mentorském kurzu a později pracovní roli mentorky pro studenty v rámci odborných praxí a všeobecné sestry

v adaptačním procesu. Situace v ošetrovatelském týmu se výrazně zlepšila a ze zpětné vazby od studentů vyplývá, že jsou s prací sestry mentorky velmi spokojeni.

Téměř v každé učebnici managementu, včetně těch, které se věnují ošetrovatelskému managementu je věnovaná samostatná kapitola, ve které je vysvětlen rozdíl mezi manažerem a lídrem. Struktura manažerských činností, jejíž autoři jsou H. Koontz a H. Wheirich, a kterou jsem si vybrala k popisu činnosti manažerů v ošetrovatelství, uvádí, že jednou ze základních funkcí manažera je vedení, v originále leadership. To znamená, že podle těchto autorů by každý dobrý manažer měl být zároveň lídrem. S tímto tvrzením se naprosto ztotožňuji, a to je také jeden z důvodů, proč jsem s k vysvětlení obsahu práce manažerů v ošetrovatelství vybrala právě teorii těchto autorů. Jako hlavní rozdíl mezi manažerem a lídrem vidím to, že lídrem může být všeobecná sestra na kterékoliv organizační úrovni, bez ohledu na její pracovní pozici, pracovní náplň a roli. Lídři, kteří nejsou na manažerských pozicích jsou pro organizaci velmi důležití, a to z toho důvodu, že umí přesvědčit své kolegy, týmy, o důležitosti naplňování jednotlivých pracovních cílů nebo zavádění změny. Dobrý manažer by dle mého názoru měl umět najít ve svém týmu přirozené lídry a vynaložit zvýšené úsilí k tomu, aby byl lídr „na jeho straně“.

V rámci vedení by měl manažer v ošetrovatelství znát jednotlivé styly vedení a mít dovednosti k jejich aplikaci při konkrétních situacích. Dále by měl znát a efektivně využívat motivační faktory, podporovat týmovou spolupráci a vyváženě orientovat své vedení jak na lidi, tak na výkon (Plamínek, 2018).

### Styly vedení

Leo Vodáček a Olga Vodáčková za východisko k způsobu vedení lidí považují teorii X a Y od Douglase McGregora, který říká, že na ose X a Y se nachází dva krajní a zcela odlišné modely přístupu k vedení lidí. První z nich (teorie X) vychází z předpokladu, že spolupracovník svou práci nemá rád, pracovním povinnostem se vyhýbá, v zaměstnání nemá zvláštní ambice a preferuje pasivitu před aktivitou. Jestliže vedoucí pracovník vychází právě z předpokladů teorie X, pak dospěje k nutnosti vedení lidí autoritativním stylem. V autoritativním stylu vedení převládají centrální rozhodovací pravomoci a vedení spolupracovníci nemají žádnou rozhodovací autonomii. Opakem bude vedoucí pracovník, který vychází z teorie Y, tedy, že spolupracovník má dobrý vztah k práci i organizaci, ztotožňuje se s organizačními cíli, ve svém zaměstnání nachází seberealizaci a jeho přístup k práci je aktivní, zodpovědný a kreativní. Pro vedoucího pracovníka, vycházejícího

z předpokladu, že jeho spolupracovníci splňují rysy teorie Y vyplývá nutnost preferování volného demokratického stylu, který je založen na plné rozhodovací autonomii vedených spolupracovníků a decentralizovaném řízení (Vodáček, Vodáčková, 2013).

Dalším vodítkem pro určení stylu vedení lidí může být manažerská mřížka, jejíž autoři Robert Blake a Jane Mouton identifikují styl vedení na základě vztahu mezi orientací manažera na lidi a orientací na výsledky. Na základě manažerské mřížky lze identifikovat sedm stylů vedení lidí. 1. diktátorský – styl vysoce zaměřený na výsledky, ale málo na lidi. 2. vstřícný – styl s vysokou mírou orientace na lidi a nízkou mírou orientace na výsledky. 3. kompromisní – styl, který je uprostřed manažerské mřížky a je průměrný v míře orientace na lidi i výkon. 4. indiferentní – styl velmi pasivního vedení, vedoucí je nejméně viditelnou osobou v týmu. 5. zdravý – styl vyznačující se vysokou mírou orientace jak na lidi, tak na výsledky 6. oportunistický – vedoucí, který využívá všech stylů z manažerské mřížky, rozhoduje se základě vlastního prospěchu. 7. paternalistický – styl, který je vlastní diktátorskému a vstřícnému vedoucímu, vůdce vystupuje v roli rodiče, který chválí, ale i kárá (Carlson, Mckee, 2000).

Úkolem dobrého manažera je zvládat styly řízení v celém spektru a vhodně je v závislosti na měnících se podmínkách uplatňovat.

#### **1.1.5.5 Kontrola v ošetrovatelství**

Kontrolování je manažerská funkce, která monitoruje a vyhodnocuje efektivitu plánů, procesů a zdrojů, které byly zvoleny k dosažení konkrétních cílů. Jedná se o způsob koordinace veškerých činností v organizaci, tak abychom dosáhli požadovaných výsledků. Kontrola se skládá ze tří základních pilířů (Huber, 2018):

1. stanovení referenčních kritérií a standardů,
2. porovnání skutečného výkonu a výsledků a těmito kritérii a standardy,
3. korekce výkonu a činností, pokud nejsou v souladu se stanovenými kritérii,

V ošetrovatelské praxi jsou výše zmíněnými referenčními kritérii vnitřní předpisy organizace, především pak ošetrovatelské standardy. Formální kontrola (porovnání skutečného výkonu se standardy) probíhá obvykle formou auditů. Tyto audity mohou mít různý obsah/zaměření a také mohou být různě rozsáhlé. Audity obecně z pohledu organizace poskytující zdravotní péči lze rozdělit na dva typy, a to audit externí a interní. Externí audity mohou být poptávané organizací v rámci zvyšování kvality poskytované péče, či se jedná

o audity, jejichž iniciátorem může být zřizovatel organizace např. ministerstvo zdravotnictví. Systém interních auditů pak obvykle vychází z nastaveného systému řízení kvality. Samotný audit pak sleduje, zda jsou dodržovány nastavené standardy v organizaci. V rámci externích auditů tyto standardy určuje auditorská organizace. Úlohou manažera je znalost těchto standardů a kontrola jejich naplňování na jemu svěřeném oddělení (Škrla, Škrlová, 2003; Hálková, 2009).

Dle mých zkušeností z praxe by měl dobrý manažer v rámci kontroly také umět vysvětlit svým podřízeným důvod a smysl dodržování jednotlivých postupů a standardů a vysvětlit důsledky jejich zanedbávání nebo nedodržování, ve smyslu dopadu na zdraví pacienta či fungování organizace samotné. V případě ne příliš uspokojivého výsledku kontroly, kdy se vyskytuje nedodržování určitých postupů či jejich zanedbávání na více odděleních v rámci jedné organizace, je za potřebí kritického myšlení manažera, identifikace a následné odstranění příčin, které vedou k častému pochybení. Výstupem auditu může být přeformulování, zrušení či nastavení konkrétního standardu.

## **1.2 Kompetence**

Kompetence jsou jedním z moderních manažerských nástrojů efektivního řízení organizace. Kompetence jsou provázány se všemi procesy řízení lidských zdrojů, pro organizaci jsou vhodným nástrojem nejen k výběru a náboru nových zaměstnanců, ale také k jejich hodnocení, odměňování, vzdělávání nebo plánování kariérního růstu (Matoušková, Šafránková, 2010). Znalost kompetencí manažerů v ošetrovatelství považují za základní předpoklad k úspěšnému řízení v oboru, jehož důležitým a velmi náročným cílem je uspokojovat jednu ze základních biologických potřeb každého člověka, tedy být zdravý.

### **1.2.1 Definice kompetence**

Americký psycholog David McClelland poprvé poukázal na to, že tradiční inteligenční testy, testy nadání, výsledky zkoušek a různá doporučení používané k predikci pracovního výkonu a úspěchu budoucích či stávajících zaměstnanců nejsou přesné a pracovní výkony zaměstnanců nejsou ve skutečnosti schopné pravdivě změřit. Podle tohoto amerického psychologa vede testování kompetencí k přesnějšímu a podrobnějšímu měření pracovního výkonu (McClelland, 1973).

Na základě prací psychologa Davida McClellanda lze kompetence definovat jako: „*Základní charakteristiku osoby, která jí umožňuje podat vynikající výkon v daném zaměstnání, roli nebo situaci*“ (Hay Group Inc., 2003).

Oxfordský slovník angličtiny definuje kompetence jako: „*Schopnost provést něco úspěšně a efektivně*“ ([www.en.oxforddictionaries.com](http://www.en.oxforddictionaries.com), “překlad vlastní“).

Čeští autoři Jiří Plamínek a Roman Fišer kompetence vnímají jako: „*Souhrn dosahovaného výkonu (lidské práce) a přinášeného potenciálu (lidských zdrojů)*“ a vztahují je vždy ke konkrétním úlohám, které lidé vykonávají. Kompetence lidí podle nich stojí za dosaženými výsledky organizace a jsou tak základem úspěchu organizace. Jinými slovy, úspěchy a neúspěchy organizace jsou dány kompetencemi lidí odpovědných za výkon organizace (Plamínek, Fišer, 2005). Z této definice jasně vyplývá, že nejprve musí organizace vytvořit popis pracovních funkcí, pracovních činností a na jejich základě vytvořit vhodný „kompetenční profil“ manažera.

Z těchto definic je sice jasné, k čemu kompetence slouží, ale co konkrétního si pod pojmem kompetence představit? Odpověď na tuto otázku není jednoznačná, ale většina autorů popisuje kompetence jako soubor měřitelných schopností, dovedností, znalostí, postojů a vlastností, které manažer musí mít, aby zajistil efektivní fungování organizace a vedení zaměstnanců (American Organization of Nurse Executives, 2015; Pihlainen, Kivinen, Lammintakanen 2014; International Hospital Federation, 2015; Plamínek, Fišer, 2005).

#### **1.2.1.1 Schopnosti, dovednosti, znalosti, postoje a vlastnosti**

Všechny prostudované zdroje pod pojmem kompetence představují soubor schopností, dovedností a znalostí, v angličtině často označované zkratkou KSA (knowledge, skills, abilities). Plamínek pak pod pojmem kompetence uvádí také postoje, které zahrnují motivaci, názory a vlastnosti konkrétního člověka (Plamínek, Fišer 2005).

Pro výzkumnou část diplomové práce bylo zásadní používání jednotné terminologie a významu slova kompetence, a proto považují popsání jednotlivých složek kompetence za důležité. Při tomto popisu vycházím především z modelu Jiřího Plamínka, který definuje ve své knize *Vedení lidí, týmů a firem* (2018). Zároveň je nutné podotknout, že popis schopností, vlastností, dovedností atd. v rámci kompetencí se liší od definic psychologických, které se nevztahují k tématu řízení lidských zdrojů.

## Vlastnosti

Vlastnosti jsou lidské zdroje, které souvisí s naší genetickou výbavou, a tudíž jsou z pozice manažera nezměnitelné. To ovšem neznamená, že s nimi manažer nemůže pracovat. Na jejich základě lze totiž předvídat a ovlivňovat chování člověka. Při měření vlastností člověka v rámci řízení lidských zdrojů jsou důležité tyto ukazatele: motivační založení lidí, chování lidí při řešení věcných úloh, chování člověka při interakci s jinými lidmi, preference ve vztahu k principům, kompetitivní versus kooperativní chování aj. (Plamínek, Fišer, 2005).

## Schopnosti

Schopnosti jsou podle Jiřího Plamínka souborem znalostí a dovedností. Na rozdíl od vlastností lze schopnosti relativně snadno měnit a rozvíjet např.: koučováním, tréninkem, vzděláváním atd. Čím více jednotlivé schopnosti používáme, tím více se upevňují, posilují a rozvíjejí. U vlastností jsem jmenovala jednotlivé oblasti, které jsou v managementu důležité. Tento postup je u schopností velmi těžké opakovat, protože vymezení důležitých schopností manažera se odvíjí od typu organizace a podnikání (Plamínek, Fišer, 2005).

Schopnosti lze rozdělit do tří kategorií, a to na tvrdé, měkké a smíšené. Mezi tvrdé schopnosti patří technické a technologické schopnosti. Mezi měkké patří schopnosti, které souvisí s interakcí s lidmi, především jsou to: komunikační dovednosti (sdělování myšlenek, naslouchání, schopnost facilitace), vedení lidí (motivace/stimulace lidí, usnadňování spolupráce mezi lidmi, využívání lidských zdrojů/delegování), vztahové dovednosti (vyjednávání, zvládání konfliktů, schopnost spolupracovat s jinými lidmi). Mezi smíšené schopnosti patří například tvorba vizí, strategií a definování cílů. To jsou schopnosti, které nelze jednoznačně zařadit mezi měkké nebo tvrdé (Plamínek, 2013).

## Postoje

Jako postoje jsou souhrnně označovány motivy (to, co lidé chtějí) a názory lidí (to, čemu věří). Postoje rozhodují o tom, zda člověk bude své schopnosti a vlastnosti využívat ku prospěchu organizace a využije je k naplnění stanovených cílů. Postoje lze stejně jako schopnosti ovlivňovat a měnit. V rámci postojů lze rozlišit tři významné skupiny: loajalitu, stabilitu a dynamiku. Loajalita zaměstnanců (akceptace firemních vizí, kultury, vlastní role ve firmě) je pro organizaci velmi důležitá. Jsou-li zaměstnanci organizace loajální, pak jednotlivé úkoly plní ze svého přesvědčení a aktivně, což usnadňuje mnohé procesy v rámci řízení, jako je například kontrola zaměstnanců. Stabilita jako postoj zahrnuje spolehlivost,

integritu nebo odpovědnost. Dynamika organizace závisí na kreativitě, samostatnosti a flexibilitě zaměstnanců. Pro dynamiku organizace jsou zároveň velmi důležité dva další aspekty, a to je schopnost adaptace na změnu a otevřenost vůči změnám (Plamínek, 2013).

### 1.2.2 Kompetence a pravomoci

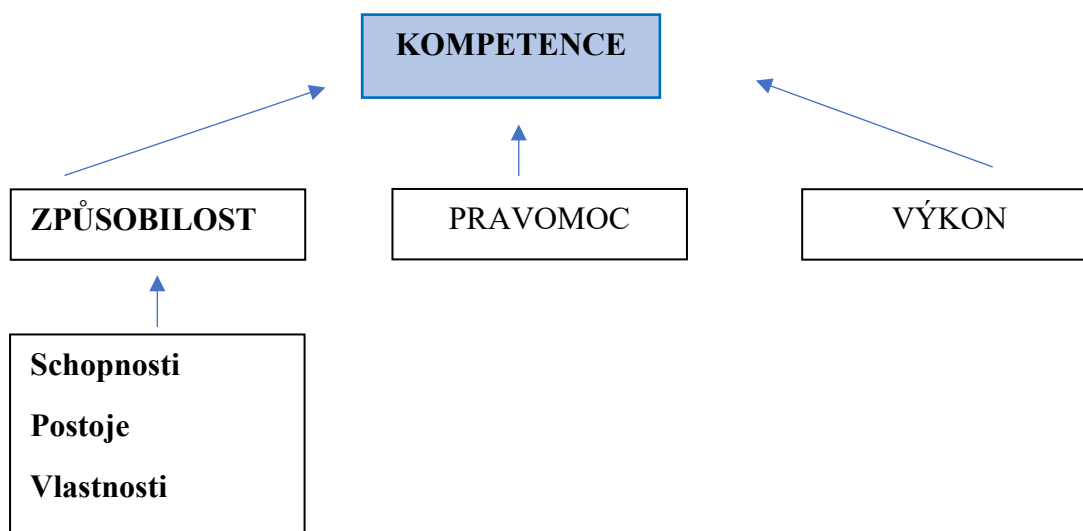
Během přípravy a studia literatury k diplomové práci na téma kompetencí jsem se především v rozhovorech s všeobecnými sestrami, ale také v odborných článcích na téma ošetrovatelství setkávala s používáním slova kompetence jako synonyma pro pravomoci, nikoliv jako předpoklady či způsobilost k zvládnutí určité role/funkce. Příkladem může být článek zveřejněný ve Zdravotnickém deníku, jehož titulek zní: *Úprava vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků je na světě, mnohým posiluje kompetence*. V tomto článku se kompetence zaměňují za pravomoci a činnosti (Zdravotnický deník, 2017). Dle mého názoru by jednotlivé pravomoci zaměstnance měly vycházet právě z kompetencí (ve smyslu způsobilosti), které by měl zaměstnanec k úspěšnému zvládnutí pracovní pozice ovládat.

Také Kubeš, Spillerová a Kurnický upozorňují na terminologický problém při používání výrazu kompetence, který může být vnímán ve dvou významech, a to jako pravomoc, oprávnění obvykle udělené nějakou autoritou a kompetence jako schopnost vykonávat nějakou činnost, být k výkonu této činnosti kvalifikovaný (Kubeš, Spillerová, Kurnický, 2004). Je tedy vždy nutné vyložit význam slova kompetence a uvést, v jaké souvislosti je v textu používáno. Příkladem může být kniha *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*, ve které autorka Zuzana Hekelová jasně definuje kompetence jako sféry zodpovědnosti manažera (Hekelová, 2012). Jak je patrné již z kapitoly 1.2.1 *Definice kompetence*, v kontextu této diplomové práce je slovo kompetence používáno jako komplexní soubor předpokladů k efektivnímu a úspěšnému zvládnutí konkrétní pracovní pozice.

Problematiku komplexnosti pojmu kompetence popisuje ve své knize Jiří Plamínek, který tvrdí, že skutečně kompetentní je člověk tehdy, když je k vykonání činnosti nejen způsobilý (má všechny potřebné schopnosti, vlastnosti a postoje), ale zároveň je oprávněn danou úlohu vykonávat. Kompetentní manažer je tedy ten, který danou činnost/úlohu/výkon podat chce a umí (je způsobilý) a zároveň jej podat může (je oprávněn). Kompetence zároveň nemůže být realizována bez lidské práce tedy vědomého výkonu člověka (Plamínek, 2018). Komplexní složení kompetence je znázorněno na obrázku 1 níže.



**Obrázek 1: Komplexní složení kompetence (Zdroj vlastní).**

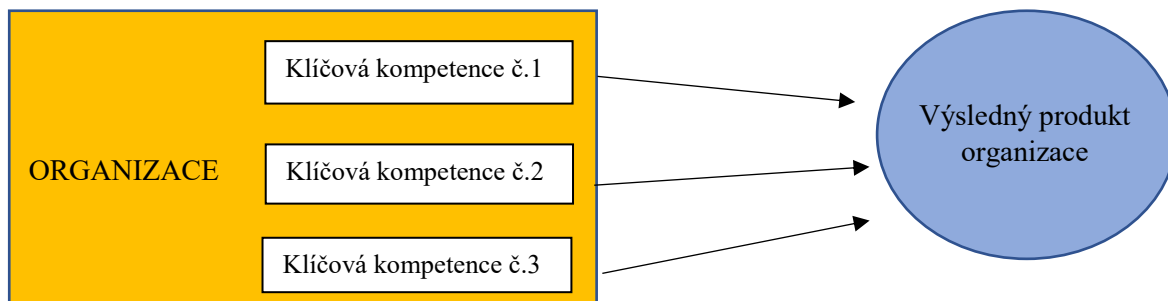


### 1.2.3 Klíčové kompetence

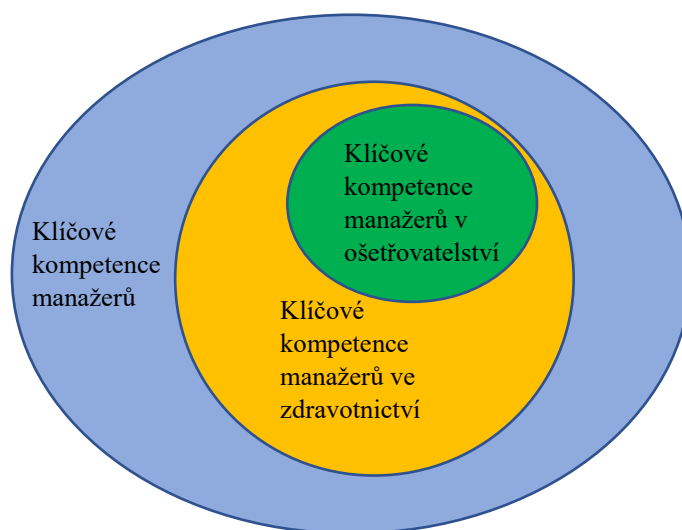
Existují různé přístupy k pojetí konceptu klíčových kompetencí. Dle mého názoru lze na klíčové kompetence nahlížet ze tří pohledů. První vychází z práce C. K. Prahalda a Gary Hamela, kteří představují klíčové kompetence jako kompetence, které jsou sdílené všemi zaměstnanci konkrétní organizace a jsou pro tuto organizaci jedinečné. Tyto specifické kompetence rozlišují organizaci na trhu a jsou zdrojem její konkurenceschopnosti. Kompetence v tomto pojetí jsou orientované více na výsledný produkt než na lidské zdroje v organizaci (Prahalda, Hamel, 1990). Druhý pohled pak nabízí Dieter Mertens, německý pedagog, který v sedmdesátých letech minulého století, jako první použil termín klíčová kvalifikace/klíčové kompetence. Ve své práci se zabýval tím, jak co nejlépe připravit budoucí zaměstnance na současný trh práce. Kladl si otázku, jaké kompetence by měly být potenciálním zaměstnancům předány, aby uspěli na současném trhu práce, který se v závislosti na rozvoji vědy a techniky velmi rychle proměňuje. Jedná se tedy o kompetence, které člověku umožní adaptaci na rychle se měnící a rozvíjející prostředí trhu. Dieter Mertens se domnívá, že rozvoj těchto kompetencí by měl být nadřazen dalšímu vzdělávání a rozvoji jiných, ne klíčových kompetencí (Mertens, 1974). Třetím pohledem je využití klíčových kompetencí v rámci konkrétní profesní oblasti, tak jako to můžeme vidět například ve výzkumu *Common Competencies for All Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance Model*, který byl mimo jiné zaměřen na definování klíčových kompetencí manažerů ve zdravotnictví. Tento pohled ukazuje, že každá profese má své

klíčové kompetence (Stefl, 2008). Dva různé pohledy na pojetí klíčových kompetencí ukazují obrázky 2a a 2b.

**Obrázek 2a: Klíčové kompetence, vedoucí k cílovému produktu, sdílené jednou organizací (Zdroj vlastní).**



**Obrázek 2b: Klíčové kompetence využívané konkrétní profesí (Zdroj vlastní).**



#### 1.2.4 Řízení založené na kompetencích

Řízení podle kompetencí je metoda, kterou ve své knize *Řízení podle kompetencí* představili dva čeští autoři Jiří Plamínek a Roman Fišer. Tato metoda je založena na komplexním způsobu řízení lidských zdrojů v organizaci, který považuje lidské kompetence za základ úspěchu a výsledků organizace. Řízení založené na kompetencích se soustředí nejen na řešení problémů v organizaci, ale především na jejich prevenci, a poskytuje prostor pro maximální rozvoj potenciálu organizace. Autoři této metody vychází z předpokladu, že v organizaci existují dva odlišné světy – svět požadavků na výkon organizace a svět možností organizace (dostupné zdroje), mezi kterými existuje rozpor a které je možné právě

řízením založeném na kompetencích přivést do určité synergie, souladu. Problémy organizace pramení z toho, že požadavky, které jsou kladeny na výkon oddělení (požadavky na kompetence) neodpovídají jeho aktuálním možnostem (skutečné kompetence zaměstnanců). Řešení již vzniklého problému spočívá v jeho převedení na nedostatečné kompetence konkrétních zaměstnanců. Tyto kompetence je třeba do organizace doplnit a vzhledem k tomu, že jediným nositelem kompetencí je člověk, pak řešení problému spočívá v působení na konkrétního nositele požadované kompetence. Výsledkem je práce na rozvoji nebo nabytí kompetence zaměstnance, který problémovou úlohu vykonává nebo manažera, který úlohu definuje. Tento postup nazývají autoři kompetenční pravidlo (Plamínek, Fišer, 2005).

Důležitou roli v řízení založeném na kompetencích hrají manažeři, jejichž úkolem je zajistit, aby stanovené cíle a strategie byly prostřednictvím jiných lidí (vykonavatelů) naplněny. Náplň práce manažera v řízení, které je založené na kompetencích, je následující: po akceptaci strategického rámce musí manažer rozdělit jednotlivé strategické cíle na dílčí projekty, procesy a úlohy. K tomu potřebuje manažer konkrétní kompetence. Zároveň musí mít manažer přehled o dostupných interních i externích zdrojích, které by měl umět ke konkrétním úlohám vhodně alokovat. S tímto procesem souvisí schopnost plánování struktury zdrojů. Součástí činnosti manažera je přijímat a vyhodnocovat informace prostřednictvím vhodného monitorovacího systému. Jiří Plamínek a Roman Fišer identifikovali dvanáct úloh manažera, se kterými jsou spojené konkrétní informace. Role manažera by měla být ve fázi krizového managementu založena na autoritě a vertikálním řízení, a v době, kdy je vitalita organizace ve fázi rozvojového managementu, by měla být řídicí autorita převáděna z lidí na základní myšlenky organizace (Plamínek, Fišer, 2005).

Domnívám se, že vertikální řízení v českém ošetrovatelství převládá, ale chtěla bych zde ukázat příklad možného horizontálního řízení, se kterým jsem se setkala v praxi organizace, která odpovídá fázi rozvojového managementu, tak jak ji popisuje Jiří Plamínek. Jedná se o situaci, kdy v organizaci na základě nově stanovených strategických cílů byl všeobecné sestře pracující u lůžka přidělen úkol organizování akcí, které budou sloužit k propagaci organizace a vzdělávání veřejnosti (dny otevřených dveří apod.). Tento úkol byl všeobecné sestře (do té doby v pozici vykonavatelky ošetrovatelské péče) přidělen manažerem na základě jejích kompetencí, ve smyslu způsobilosti (zkušenosti s organizováním a koordinační činností, motivace, zájem o novou myšlenku). V kontextu nové pracovní role deleguje tato sestra pracovní úkoly mimo jiné také na vrchní a staniční

sestry. Na tomto příkladu tedy lze vidět, že řízení bylo postaveno na základní myšlence propagace organizace a vzdělávání veřejnosti. Tradiční vertikální řízení ustoupilo před řízením založeným na kompetencích zaměstnanců a dalo prostor rozvoji horizontálnímu a méně direktivnímu řízení.

System horizontálního řízení poskytuje výbornou motivaci pro zaměstnance, kteří na základě svých kompetencí, nikoliv pouze délky praxe, mohou vykonávat řídicí funkci a naplno využít své silné stránky (Slade, 2018). Z tohoto vyvozují, že dobrým manažer je ten, kdo umí ve svých zaměstnancích tyto schopnosti/kompetence rozpoznat, dále je rozvíjet, využít a nasměrovat.

#### **1.2.4.1 Kompetenční rámec**

Budeme-li se řídit myšlenkou Jiřího Plamínka, že v rámci řízení podle kompetencí není třeba měnit žádné úlohy, které mají být vykonány, ale právě kompetence zaměstnanců, které úlohu vykonávají, pak je jasné, že v organizaci musí být stanoveny veškeré požadavky (kompetence) na lidské zdroje, tak abychom mohli zaměstnance, kteří úlohu plní, považovat za kompetentní k jejímu plnění. (Plamínek, 2018) Jinými slovy řečeno, organizace musí mít jasně stanovené kompetence, které mají mít zaměstnanci na konkrétních pozicích osvojené. Stanovení požadovaných kompetencí, které jsou nutné k plnění dílčích úloh, je první krok k úspěšnému zavedení modelu řízení podle kompetencí. Na základě definovaných kompetencí můžeme pomocí nástrojů k měření kompetencí zjistit aktuální stav kompetencí zaměstnanců v organizaci. Je-li znám aktuální stav kompetencí zaměstnanců v organizaci, pak mohou být systematicky rozvíjeny a doplňovány.

K přehlednému mapování stavu kompetencí v organizaci může sloužit kompetenční rámec/model. Kompetenční rámec by měl odrážet strategické cíle a základní myšlenky organizace, tudíž je v každé organizaci originální. Jedná se o komplexní strukturu, která popisuje jednotlivé kompetence konkrétních pracovních pozic. Nejedná se tedy o popis pracovní funkce ani náplň práce, nýbrž o kompetence, které jsou k zdárnému plnění úkolů a funkcí potřeba (Juneja, s.d.).

Kompetenční model může sloužit několika účelům:

- poskytuje standardizovaný nástroj k hodnocení výkonu zaměstnanců, poskytování zpětné vazby, náboru zaměstnanců,

- slouží pro tvorbu efektivní strategie v oblastech vzdělávání budoucích i současných zaměstnanců (především manažerů),
- uplatňuje se při implementaci kompetenčního modelu, tedy maximalizaci potenciálu (silných stránek a způsobilosti) manažerů v organizaci, což vede ke zlepšení organizačního výkonu a napomáhá zaměstnancům pochopit klíčové faktory úspěchu v organizaci,
- vede ke kariérnímu rozvoji manažera,
- užívá se jako jednotný nástroj pro měření rozvoje manažerů na všech úrovních vývoje. Stejný model platí jak pro nově nastupující manažery, tak pro zkušené manažery s dlouhodobou praxí (McCarthy, Fitzpatrick, 2009).

Kompetenční model vychází z klíčových kompetencí, což můžeme vidět na příkladu studie *Development of Competency Framework for Nurse Managers in Ireland*. Kompetenční model je zde postavený na klíčových kompetencích manažerů, které v modelu slouží jako „orientační body“, podle kterých je možné plánovat rozvoj manažera v konkrétních oblastech (McCarthy, Fitzpatrick, 2009).

Při tvorbě kompetenčního modelu v organizaci je nutné dodržovat následující zásady:

- tvorbě kompetenčního modelu by měla předcházet pečlivá analýza všech pracovních činností na konkrétních pracovních pozicích,
- popis kompetencí by měl být co nejpřesnější, aby byla minimalizována nejednoznačnost při jejich výkladu,
- model by měl mít jednoduchou a logickou strukturu,
- při popisu kompetencí je nutné volit takové termíny, kterým budou rozumět všichni zaměstnanci organizace,
- kompetenční model by měl být relevantní pro všechny osoby, které s ním pracují a řídí se podle něho,
- každá kompetence by měla být uvedena zvlášť, aby se nestalo, že při spojení dvou kompetencí do jedné nebude zaměstnanec vědět, jak se ohodnotit, neboť v první části vyniká a druhou část sloučené kompetence neovládá,
- zaměstnanci organizace na všech úrovních, pro které bude rámec platit, by měli být do tvorby kompetenčního modelu zapojeni,
- zaměstnanci by měli být jasně informováni o účelu a benefitech při zavedení kompetenčního modelu,

- v kompetenčním modelu by se měly objevovat pouze ty kompetence, které jsou pro konkrétní organizaci relevantní (vyhnout se pouhému kopírování již existujících kompetenčních modelů) (Juneja, s.d.).

### 1.2.5 Výzkumy kompetencí manažerů v ošetrovatelství

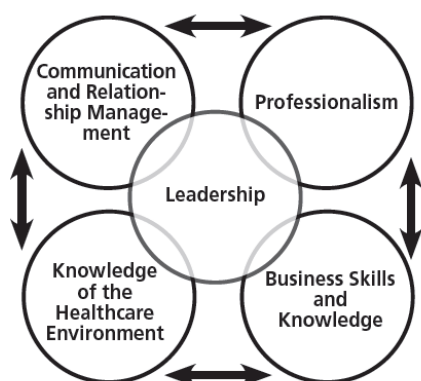
V této kapitole popisují výzkumy na téma kompetence manažerů v ošetrovatelství, kterými jsem se inspirovala při vytváření výzkumného cíle a výzkumného designu. V případě zahraničních výzkumů se jedná o práce, o kterých se domnívám, že v českém zdravotnictví chybí a jejich modifikace pro obor českého ošetrovatelství by byla velmi užitečná.

Prvním výzkumem, je výzkum amerického společenství HLA (Healthcare Leadership Alliance), jehož součástí je šest předních profesionálních amerických organizací z oblasti zdravotní péče, které zastupují více než 140 000 manažerů ve zdravotnictví. ([www.healthcareleadershipalliance.org](http://www.healthcareleadershipalliance.org)) Výsledkem této jedinečné spolupráce je adresář kompetencí HLA (HLA Competency Directory), který vznikl na základě výzkumu **Common Competencies for All Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance Model**. Cílem výzkumu bylo najít společné kompetence všech manažerů ve zdravotnictví. Na základě definování jednotlivých kompetencí vznikl kompetenční model (The Healthcare Leadership Alliance Model), který sjednocuje konkrétní kompetence do pěti klíčových domén, kterými jsou<sup>2</sup>: leadership, komunikace a řízení vztahů, profesní a sociální zodpovědnost, zdraví a zdravotní prostředí, business (obrázek 3). Výsledkem celého výzkumu je interaktivní adresář (Competency Directory), který obsahuje přes 800 kompetencí manažerů ve zdravotnictví, které jsou seskupeny do kategorií, tvořící pět klíčových domén (Stefl, 2008). Vzhledem k tomu, že výzkum byl proveden pouze v prostředí amerického zdravotnictví, které má oproti evropskému, potažmo českému zdravotnictví, řadu specifik, nepokládám za vhodné tento model v celé své šíři aplikovat v českých zdravotnických organizacích.

---

<sup>2</sup> Překlad vlastní, v originálním znění: Leadership, Communication and Relationship Management, Professional and Social Responsibility, Health and Healthcare Environment, Business

**Obrázek 3: The Healthcare Leadership Alliance Competency Model (Stefl, 2008).**



Na výzkum HLA navázalo Global Consortium for Healthcare Management, které bylo založeno mezinárodní federací nemocnic (International Hospital Federation). Toto společenství je sdružením osmnácti zdravotnických organizací z celého světa. Evropské země zastupovala European Association of Hospital Managers, v této asociaci nemá Česká republika, na rozdíl od Slovenské republiky, žádného zástupce. ([www.eahm.eu](http://www.eahm.eu)) Výstupem výzkumu **Leadership Competencies for Healthcare Service Managers**, je kompetenční model pro manažery ve zdravotnictví, který je oproti výzkumu HLA stručnější a dle mého názoru také lépe aplikovatelný v manažerské praxi. Kompetenční model vychází ze stejných domén jako výzkum HLA, kompetencí uvnitř domén je však výrazně méně (celkem 80) a jsou jinak formulované. (International Hospital Federation, 2015) Jeho využití v českém zdravotnictví je samozřejmě možné, otázkou však zůstává jeho efektivita, neboť tento model nebere v úvahu specifika a pravomoci manažerů v prostředí českého zdravotnictví, ale vzhledem k tomu, že do tvorby modelu byla zapojena řada evropských zemí, považuji jeho aplikaci v České republice za vhodnější než aplikaci modelu vyvinutého HLA.

Autorem dalšího výzkumu, tentokrát již na téma kompetencí manažerů v ošetrovatelství, je Nurse Manager Leadership Partnership. Jde o alianci dvou významných amerických organizací<sup>3</sup>, které sdružují manažery v ošetrovatelství a všeobecné sestry v intenzivní péči. Tato organizace vyvinula tzv. **The Nurse Manager Inventory Tool**, který má za cíl pomáhat manažerům v ošetrovatelství při dosahování rozvojových cílů během jejich profesní kariéry. Tento nástroj je založen na třech pilířích učebního rámce pro manažery v ošetrovatelství (Nurse Manager Learning Domain Framework). Těmito pilíři

---

<sup>3</sup> American Organization Of Nurse Executives (AONE) a American Association of Critical-Care Nurses (AACN)

jsou: Věda: řízení podniku, Umění: vedení lidí a Lídr: utváření vlastní vůdčí osobnosti. Na obrázku č. 4 jsou zobrazeny tyto tři pilíře v originálním znění. Model dále rozděluje tři pilíře na další subdomény a konkrétní kompetence. Tento nástroj má manažerovi sloužit především k sebehodnocení a sebereflexi. Zároveň manažerovi poskytuje zpětnou vazbu z hodnocení jeho nadřízenými. Aby byl tento účel naplněn, je ke každé kompetenci přiřazena tříbodová slovní hodnotící škála (nováček, kompetentní nebo expert) (Nurse Manager Leadership Partnership, 2006).

**Obrázek 4: Nurse Manager Learning Domain Framework (Nurse Manager Leadership Partnership, 2006).**



Další výzkum na téma kompetencí manažerů ve zdravotnictví probíhá v rámci projektu DOCMAN, jehož se účastní také Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. Tento výzkum však není zaměřen pouze na kompetence manažerů ve zdravotnictví, ale soustředí se především na identifikaci kompetencí, které jsou společné jak pro manažery ve zdravotnictví, tak pro manažery v sociálních službách (<https://tarantula.ruk.cuni.cz/AKTUALITY-4838-version1.pdf>).

Každý z výše uvedených výzkumů předkládá jako výsledek kompetenční model pro konkrétní cílovou skupinu manažerů. Český model kompetencí pro manažery ve zdravotnictví jsem však nenašla. Po prostudování zahraničních kompetenčních modelů, které jsou určené manažerům ve zdravotnictví, jsem hledala odpověď na otázku, jak vytvořit skutečně srozumitelný a v praxi použitelný kompetenční model, který poskytne všeobecným sestřám „návod“ a podporu pro to, jak být dobrým a úspěšným manažerem v ošetrovatelství.



V zahraničních kompetenčních modelech jsem se setkala s několika příklady, které dle mého názoru ztěžují využitelnost modelu v praxi. Jsou to: slučování více kompetencí v jedné formulaci, formulace některých kompetencí nelze převést do praxe, příliš široké rozpětí kompetencí, které znesnadňuje využití modelu v každodenní praxi. Praktická část diplomové práce by měla sloužit jako podklad pro vytvoření funkčního a praktického kompetenčního modelu pro manažery v ošetrovatelství.

### **1.3 Možnosti získávání manažerských kompetencí pro všeobecné sestry**

Jediným legislativním požadavkem na profesi všeobecné sestry na manažerské pozici je dokončené vzdělání v oboru všeobecná sestra. Manažerské kompetence může získávat prostřednictvím celoživotního vzdělávání v oblastech managementu. Tato kapitola předkládá možnosti osobního rozvoje všeobecné sestry na manažerské pozici v oblastech vzdělávání.

#### **1.3.1 Vzdělávání všeobecných sester**

V současné době probíhá vzdělávání všeobecných sester na terciárním stupni vzdělávání, které poskytují univerzity, vysoké školy a vyšší odborné školy. Podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, existují celkem tři možnosti, jak v současné době získat kvalifikaci k výkonu povolání všeobecná sestra.

1. Absolvováním tříletého bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester (titul Bc.).
2. Absolvováním tříletého studia na vyšší odborné škole v oboru diplomovaná všeobecná sestra (titul DiS.).
3. Absolvování minimálně jednoho roku studia na vyšší odborné škole v oboru diplomovaná sestra, a to po získání způsobilosti k výkonu povolání praktické sestry (studium na střední odborné zdravotnické škole), zdravotnického záchranáře nebo porodní asistentky (Zákon č. 96/2004 Sb.).

V rámci získání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry je do výuky na vysokých a vyšších odborných školách zařazena výuka managementu, a to v minimálním rozsahu šestnácti hodin. Tato povinnost vyplývá z metodického pokynu k vyhlášce č. 39/2005, který, stanovuje minimální požadavky na studijní programy v oboru všeobecná sestra a všeobecná diplomovaná sestra. Mezi základními povinnými předměty je uveden

Management, který: „...seznamuje se základy moderního managementu v oblasti materiálních a personálních zdrojů, vytvářením strategií řízení kvality v systémech zdravotní a sociální péče. Studenti se naučí teorii řízení kvality, metodikám vypracování standardů ošetrovatelské péče a metodám auditní činnosti.“ (Věstník MZ ČR č. 6, 2008). To znamená, že základ pro manažerské kompetence, alespoň v podobě znalostí, je všeobecným sestřím předán již v rámci teoretické přípravy na profesi všeobecné sestry.

### 1.3.2 Formální manažerské vzdělávání v oblasti zdravotnictví

Formální vzdělávání je realizováno ve vzdělávacích institucích, kde jsou cíle a obsah vzdělání legislativně vymezeny. Absolvování formálního vzdělání je stvrzeno získáním uznávaných certifikací, diplomů a kvalifikací (Průcha, Veteška, 2014). V případě, že se všeobecná sestra chce dále vzdělávat v manažerských dovednostech a získávat tak kompetence v oblasti vedení lidí, existují následující možnosti formálního vzdělávání:

#### Navazující magisterský program

Jednou z možností je magisterské vzdělání, které v současné době, nejen všeobecným sestřím, nabízí akreditovaný obor *Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích* na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy. Program není primárně zaměřen na zdravotníky, ale zahrnuje studenty také z oblasti sociálních služeb. Studenti jsou tak podněcováni k interdisciplinárnímu, týmovému učení a spolupráci. Absolvent programu získá titul Mgr (Katedra řízení a supervize FHS UK, 2018).

Další magisterský obor, který nabízí vzdělání v oblasti zdravotnického managementu je obor *Management ve zdravotnictví* na Fakultě managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Tento obor připravuje studenty na výkon manažerských a ekonomických pozic v oblasti zdravotnictví. Absolvent oboru získá titul Ing (Fakulta managementu a ekonomiky UTB, 2018).

České vysoké učení technické v Praze nabízí ve svém magisterském studijním oboru *Systémová integrace procesů ve zdravotnictví* možnost získání teoretických znalostí pro práci v managementu. Absolventi se uplatní především v organizačně-technických složkách nemocnic, poliklinik, hygienických stanic atd. Absolvent oboru získá titul Ing (Fakulta biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze, 2018).

## Specializační vzdělávání

Nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kteří jsou uvedeni v §5 (všeobecná sestra) až 28 zákona č. 96/2004 Sb., je určen dvouletý vzdělávací program specializačního vzdělávání, dále jen SV, v oboru *Organizace a řízení ve zdravotnictví*. Cílem tohoto programu je připravit studenty k výkonu manažerských rolí a funkcí, posílit jejich schopnosti k efektivnímu rozvoji profesního oboru, osobnosti i organizace ve zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010.). SV je realizováno akreditovaným zařízením, které získalo od MZ oprávnění k uskutečnění celého vzdělávacího programu nebo jeho části. Aktuální seznam vzdělávacích programů a akreditovaných zařízení je možné nalézt na stránkách MZ ČR. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010) Dvouleté SV je ukončeno atestační zkouškou, absolvent získá specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností v rámci konkrétního povolání (Zákon č. 96/2004 Sb.). Získává tak titul specialista (např. všeobecná sestra specialistka).

### **1.3.3 Neformální manažerské vzdělávání v oblasti zdravotnictví**

Neformální vzdělávání představuje jakékoliv vzdělávání probíhající mimo formální vzdělávání, jedná se především o různé kurzy, semináře, školení, přednášky apod. podmínkou pro realizaci neformálního vzdělávání je vedení konkrétní akce odborníkem na dané téma (Průcha, Veteška, 2014). Neformální vzdělávání plní nezastupitelnou roli v rámci celoživotního vzdělávání, které je dle zákona č. 96/2004 Sb.<sup>4</sup> pro všeobecné sestry povinné.

#### MBA programy

MBA, neboli *Master of Business Administration*, postgraduální studium, které je součástí tzv. celoživotního vzdělávání, je určené pro manažery, kteří mají zájem o prohloubení svých dosavadních manažerských kompetencí. Požadavky na přijetí ke studiu jsou na většině českých škol a institucí, které MBA studium nabízí, stejné. Jedná se o požadavek na ukončené vysokoškolské vzdělání a minimální tříletou manažerskou praxi. Absolvent programu získá titul MBA, který v České republice podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách není považován za akademický titul ([www.vseomba.cz](http://www.vseomba.cz)). Sedm institucí, které poskytují MBA vzdělání, nabízí program přímo zaměřený na management ve zdravotnictví (Chládková, 2015).

---

4 Díl 2 Celoživotní vzdělávání § 53 (1) zákona o nelékařských zdravotnických povoláních

## Odborné kurzy

Jednou z možností prohloubení manažerských znalostí pro všeobecné sestry je účast na certifikovaném kurzu, který je zaměřen právě na oblast managementu ve zdravotnictví. Certifikované kurzy jsou pořádané akreditovanými zařízeními, kterým byla udělena akreditace MZ ČR. Certifikovaný kurz se musí řídit pravidly stanovenými zákonem č. 96/2004 Sb.<sup>5</sup> (Věstník MZ ČR č. 7, 2008) Nabídka certifikovaných kurzů se zaměřením na management se každý rok liší, v současné době (k 16. 1. 2019) jsou v nabídce pro nelékařské zdravotnické pracovníky celkem čtyři certifikované kurzy se zaměřením na management ve zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2010a).

### **1.3.4 Formální požadavky na vzdělání manažerů v ošetrovatelství a jejich kompetence**

Česká legislativa neklade na vzdělání manažerů v ošetrovatelství žádné nároky, tedy kromě kvalifikačního vzdělání v oboru všeobecná sestra podle zákona č. 96/2004 Sb. Spojená akreditační komise, která akredituje značnou část českých zdravotnických zařízení, ve svých akreditačních standardech pro nemocnice nedefinuje požadavky na vzdělání a kompetence manažerů v ošetrovatelství. Ve svých standardech však uvádí povinnost nemocnice definovat rozsah pravomocí a povinností vedoucích pracovníků<sup>6</sup>, nikoliv však kompetencí (Spojená akreditační komise, 2013). Z vlastního průzkumu (Příloha 1) třiceti sedmi inzerátů na pozice manažerů v ošetrovatelství (19 inzerátů na pozici vrchní sestry a 18 na pozici staniční sestry) různých zdravotnických zařízení, vyplynuly tyto požadavky:

- V oblasti vzdělání požadují zdravotnická zařízení v 26 případech (72 %) pouze kvalifikační vzdělání v oboru všeobecná sestra. V sedmi případech (18 %) je po manažerech v ošetrovatelství vyžadováno také specializační vzdělání v oblasti intenzivní péče (nejedná se pouze o pozice manažera na oddělení intenzivní péče). Tři zaměstnavatelé (7 %) pak vyžadují minimálně vysokoškolské vzdělání (blíže nespecifikováno). V jednom případě je jako minimální vzdělání požadováno vyšší odborné vzdělání. V šesti inzerátech (14 %) je uvedeno specializační či vysokoškolské vzdělání jako výhoda.

---

<sup>5</sup> Díl 4 Certifikovaný kurz § 61–64 zákona o nelékařských zdravotnických povoláních

<sup>6</sup> Standard 9.1

V žádném z inzerátů není jako podmínka uvedeno vzdělání v oboru řízení či management.

- V oblasti kompetencí jsou nejvíce žádané komunikační schopnosti (60 %) a znalost práce na počítači (57 %), dále pak organizační schopnosti (50 %), manažerské schopnosti a dovednosti (34 %), schopnost vést tým (30 %), řídicí schopnosti (30 %), aktivní přístup (18 %), profesionalita (13 %), vstřícný přístup ke klientům (7 %), odolnost vůči stresu (5 %) a příjemné vystupování (5 %).

Z průzkumu tedy vyplývá, že ani ze strany zaměstnavatele (zdravotnického zařízení) není manažerské vzdělání podmínkou k výkonu povolání staniční nebo vrchní sestry. Toto může být samozřejmě ovlivněno současným nedostatkem všeobecných sester a následujícím snížením vstupních požadavků pro přijetí na pozici staniční nebo vrchní sestry.

## 2 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části diplomové práce se zabývám výzkumem kompetencí manažerů v ošetrovatelství na střední úrovni řízení v prostředí českého zdravotnictví. Při identifikování kompetencí jsem se řídila postupem, který ve své knize uvádí Kubeš, Spillerová a Kurnický. Tito autoři identifikovali pět základních fází, které by měl mít každý projekt vedoucí k formulaci kompetencí. Fáze projektu jsou následující:

1. Přípravná fáze
2. Fáze získávání dat
3. Fáze analýzy a klasifikace informací
4. Popis a tvorba kompetencí a kompetenčního modelu
5. Ověření a validizace vzniklého modelu (Kubeš, Spillerová, Kurnický, 2004).

V rámci přípravné fáze jsem identifikovala cíle výzkumu, populaci pro výzkum a metodologii. Fázi získávání dat popisují v kapitole Realizace výzkumu. Po ukončení sběru dat následovala analýza, zpracování a klasifikace získaných informací. Tento postup, jsem dvakrát opakovala – nejprve jsem analyzovala, zpracovávala a klasifikovala data získaná z fokusních skupin a následně data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření. Přestože Kubeš, Spillerová a Kurnický (2004) popisují další fáze identifikace kompetencí (tvorba kompetenčního modelu a ověření a validizace vzniklého modelu), je výzkum této diplomové práce ukončen ve fázi tvorby a formulace kompetencí. Validizace kompetencí je zajištěna kombinací dvou na sebe navazujících technik sběru dat.

### 2.1 Cíl výzkumu

Lenka Špirudová ve svém výzkumu vybraných intraoborových problémů v českém ošetrovatelství v kategorii *problémy managementu v organizaci*, definovala několik problémů ošetrovatelského managementu: podceňování vzdělání všeobecných sester, nedostatečné vybavení pracovišť pro poskytování péče dle standardů, standardy neodpovídající zásadám praxe založené na důkazech atd. Jako jednu z příčin uvedených problémů ošetrovatelského managementu uvádí: „...příčina je často v nízké úrovni ošetrovatelského managementu – neumí nové oborové metody, často nemají ani manažerské vzdělání, a tak pracoviště řídí spíše intuitivně podle svého nejlepšího přesvědčení a předchozích osobních zkušeností.“ Jako jeden ze závěrů výzkumu uvádí:

*„Obor potřebuje kvalitní management, ten potřebuje mít prostor pro manažerskou práci...“ (Špirudová, 2015).*

V praxi se často setkávám s manažery v ošetrovatelství, kteří ošetrovatelskou jednotku řídí intuitivně, což mnohdy nemá dobrý dopad na chod oddělení, kvalitu poskytované péče a stav zdrojů v organizaci. Tvzení Lenky Špirudové o často nízké úrovni ošetrovatelského managementu v České republice, byl jedním z impulzů pro vznik této diplomové práce. Vycházíme-li z předpokladu mnoha autorů, že kompetence jsou předpokladem k úspěšnému vykonávání funkce manažera (Kocianová, 2010; Hloušková, 2009; Plamínek, Fišer, 2005), pak jejich nejasné vymezení může být jednou z příčin slabé úrovně řízení v organizaci. Obecným cílem diplomové práce je identifikovat kompetence manažerů v ošetrovatelství na střední úrovni řízení, tedy staničních a vrchních sester. Dalším cílem je určit, které z těchto kompetencí jsou v současné době pro výkon povolání staniční a vrchní sestry klíčové.

Účelem diplomové práce je podpořit diskuzi mezi odbornou veřejností na téma kompetencí manažerů v ošetrovatelství a otevřít cestu pro vytvoření praktického kompetenčního modelu, který pomůže manažerům v ošetrovatelství s osvojením konkrétních manažerských kompetencí.

### **Metodologie výzkumu**

Vzhledem k tomu, že výzkum kompetencí manažerů v ošetrovatelství v České republice zatím nebyl proveden, odpovídá cíl výzkumu diplomové práce kategorii explorativního typu výzkumu, který Hendl charakterizuje jako: *„Prozkoumání nového tématu, o kterém se chceme co nejvíce dozvědět, a ve kterém jde také o první pokusy navrhnout nové koncepty a základní teorie.“* (Hendl, 2016).

Podle Stewarta a Shamdasani je v rámci explorativního výzkumu výhodné na jeho začátku jako první metodu sběru dat použít fokusní skupiny a poté aplikovat další výzkumnou metodu, která nám poskytne více přesná kvantitativní data od většího počtu respondentů (Stewart, Shamadasani, 2015). S tímto tvrzením se ztotožňují také Marreli, Tondora a Hoge, kteří uvádí, že v projektu, který se zabývá identifikací kompetencí, by měly být použity alespoň dvě různé metody sběru dat. Každá metoda sběru dat má své silné a slabé stránky, pakliže se data sebraná dvěma různými metodami shodují, můžeme tvrdit, že kompetence byly správně identifikovány. Za dobrou kombinaci výzkumných metod při

identifikaci kompetencí, považují realizaci fokusní skupiny a dotazníkové šetření (Marelli, Tondora a Hoge, 2005).

Na základě výše zmiňovaných tvrzení o kombinaci metod sběru dat jsem se rozhodla zvolit smíšený typ výzkumu, který v rámci jedné studie kombinuje jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkumné strategie za účelem metodologické triangulace, tedy získávání dat různými způsoby (Hendl, 2016).

Kvalitativní výzkumnou strategii v této diplomové práci zastupuje výzkumná metoda fokusní skupiny, kterou jsem využila k prvotnímu sběru dat na téma kompetencí manažerů v ošetrovatelství, které vedlo ke generování pracovních kompetencí a formulaci vedlejších výzkumných otázek k testování v kvantitativním šetření. Fokusní skupiny následuje výzkumná metoda dotazníkového šetření, která zastupuje kvantitativní výzkumnou strategii. Dotazníkové šetření jsem použila k ověření platnosti pracovních kompetencí získaných v rámci fokusních skupin. Použití kvantitativního výzkumu umožnilo ověřit platnost získaných dat a zobecnit je na cílovou populaci (Švaříček, Šed'ová, 2014).

## **2.2 Realizace výzkumu**

Výzkumné šetření bylo provedeno v několika krocích. Prvním z nich bylo stanovení hlavní výzkumné otázky a s tím také populace, na kterou je výzkum zobecněn. V druhém kroku, po zvolení vhodných výzkumných metod a technik sběru dat, dále následovala příprava obsahu fokusních skupin a oslovení potenciálních účastníků. Validita kompetencí vytvořených na základě dat z fokusních skupin byla testována v dotazníkovém šetření na širším vzorku populace. Data získaná dotazníkovým šetřením byla analyzována a porovnána s výstupy fokusních skupin. Na základě analýzy dat z fokusních skupin a dotazníkového šetření, byly formulovány konkrétní kompetence manažerů v ošetrovatelství na střední úrovni řízení.

### **2.2.1 Základní a výběrový soubor**

Cílovou populací výzkumu je střední management v ošetrovatelství, tedy staniční a vrchní sestry ve zdravotnických organizacích. Výběrový soubor (účastníci fokusních skupin a respondenti dotazníkového šetření) musel splňovat základní kritéria:



- respondent musí být v době realizace výzkumu zaměstnán na pozici staniční nebo vrchní sestry ve zdravotnické organizaci
- respondent musí mít alespoň tříletou zkušenost s prací na pozici staniční nebo vrchní sestry ve zdravotnické organizaci.

Reprezentativnost výběrového souboru jsem se snažila zajistit následujícími metodami populačního výběru.

V první fázi výzkumu bylo nutné oslovit vzorek potenciálních účastníků první fokusní skupiny. V tomto případě jsem vzhledem k relativně vysoké heterogenitě populace vybrala stratifikovaný náhodný výběr v kombinaci se samovýběrem. Abych předešla zkreslení vzniklým nedostatečnou reprezentativností vzorku, rozdělila jsem populaci do několika vrstev podle velikosti zdravotnických zařízení a medicínských oborů. Z každé této vrstvy tzn. velké fakultní nemocnice, nemocnice zřizované MZ ČR, okresní nemocnice, krajské nemocnice a konkrétního medicínského oboru (interna, kardiochirurgie, kardiologie, všeobecná chirurgie, anesteziologie atd.) jsem oslovila stejný počet potenciálních účastníků fokusní skupiny. Dále výběr účastníků závisel na dobrovolném přihlášení osloveného účastníka. Tento typ výběru popisuje Disman jako samovýběr a uvádí, že v případě přítomnosti kontrolní skupiny nemusí být reprezentativnost vzorku ohrožena (Disman, 2011). Stejným způsobem probíhal výběr vzorku pro druhou fokusní skupinu. Metody oslovení potenciálních účastníků a jejich počty se v první a druhé fokusní skupině lišily. Podrobněji uvádím v kapitole *Průběh fokusní skupiny*.

V druhé fázi výzkumu jsem vybírala respondenty dotazníkového šetření. Zde jsem volila stejné metody výběru jako u účastníků fokusních skupin. Disman uvádí, že redukce negativním samovýběrem, kdy část jedinců, vybraných do vzorku účast na výzkumu odmítne, může vážně ohrozit reprezentativnost vzorku (Disman, 2011). Této chybě jsem se snažila předejít volbou vhodné metody distribuce dotazníků: osobní distribuce a výběr dotazníků konkrétním staničním a vrchním sestram. Tím jsem zajistila, že se dotazníkového šetření zúčastnily staniční a vrchní sestry ze všech vybraných vrstev.

### **2.2.2 Průběh fokusních skupin**

Podstatou fokusní skupiny je zjišťování názorů od více respondentů zároveň. Data získaná touto výzkumnou metodou jsou generována na základě skupinových interakcí, které probíhají v debatě na předem určené téma (Švaříček, Šed'ová, 2014). Důvodem, proč jsem

si jako primární techniku sběru informací zvolila fokusní skupinu, je vzájemná interakce účastníků, která díky konfrontacím, vzájemné kontrole a možnosti opírat se o názory druhých poskytuje věrohodné výpovědi a hlubší a širší perspektivu o zkoumaném jevu (Marrelli, Tondora, Hoge, 2005, Švaříček, Šed'ová, 2014).

Stewart a Shamdasani uvádí následující kroky při navrhování a realizaci fokusní skupiny (Stewart, Shamdasani, 2015).

### **Definice tématu**

Hlavní výzkumnou otázkou a tématem jsou kompetence středního managementu v ošetrovatelství – staničních a vrchních sester. Cílem fokusní skupiny je tyto kompetence pomocí několika aktivit, výzkumných otázek a skupinové diskuze identifikovat.

Výzkumné otázky a aktivity, které vedly k identifikování kompetencí, jsou následující:

1. *„Jakým činnostem věnujete ve své funkci staniční nebo vrchní sestry nejvíce času?“*
2. *„Vyjádřete se ke každé skupině činností a popište, co vám pomáhá tyto činnosti zvládnout dobře, včas, a tak, aby přinesly očekávaný efekt.“*
3. *„Vytvořte inzerát na pozici staniční nebo vrchní nebo sestry, ve kterém poptáváte ty nejdůležitější kompetence. Kompetencím seřadte od nejdůležitější po nejméně důležitou.“*

### **Výběr účastníků fokusních skupin**

Vzhledem k tomu, že se obě fokusní skupiny konaly ve volném čase účastníků a jedinými benefity pro účastníky byly přínos k rozvoji profese, možnost použití výsledků výzkumu pro osobní účely (sebehodnotící dotazník) a zajištěné občerstvení, bylo nutné oslovit vysoký počet potenciálních účastníků. Proto jsem jako metodu oslovení účastníků zvolila zaslání osobní pozvánky (Příloha 2) na pracovní e-maily manažerů, které jsou veřejně dostupné webových stránkách zdravotnických zařízení. Celkem jsem oslovila 150 manažerů v ošetrovatelství (75 vrchních sester a 75 staničních sester). Z velkého množství oslovených osob z různých zdravotnických organizací pozvání k účasti na fokusní skupině přijalo 8 respondentů, pozvání odmítlo 83 respondentů a 59 respondentů na pozvání nereagovalo. V den konání první fokusní skupiny se dostavilo 7 respondentů. Výběrový soubor první fokusní skupiny tvořily celkem 4 vrchní sestry a 3 staniční sestry. Součástí oslovovacího e-mailu byla také možnost vlastního návrhu termínu konání fokusní skupiny, a to pro případ,

že oslovený manažer o účast na fokusní skupině má zájem, ale stanovený termín je nevyhovující. Této možnosti využila jedna vrchní sestra, která se účastnila druhé fokusní skupiny.

Morgan, Stewart a Shamdasani se shodují, že v rámci jednoho výzkumného projektu by mělo být průměrně tři až pět fokusních skupin s počtem šest až deset účastníků v jedné fokusní skupině (Morgan, 2001; Stewart, Shamdasani, 2015). Mou původní snahou bylo konání celkem tří fokusních skupin. Avšak po prvotním oslovení potenciálních účastníků, kdy kladná odpověď na účast ve fokusní skupině byla pouze 5,3 %, jsem se rozhodla pro konání dvou fokusních skupin. Ke konání dvou fokusních skupin v rámci jednoho výzkumného projektu, David L Morgan uvádí: „*Dokonce již data ze dvou skupin jsou mnohem bezpečnějším indikátorem závěru, že pokud je jejich interpretace do velké míry podobná, pak za tento obsah nebyla odpovědná dynamika skupiny.*“ (Morgan, 2001). Po zkušenosti s první formou oslovování potenciálních účastníků fokusní skupiny, jsem účastníky druhé fokusní skupiny oslovila osobně. Takto jsem oslovila celkem 30 potenciálních účastníků. S účastí na fokusní skupině souhlasilo celkem 5 staničních a 3 vrchní sestry.

Účastníkům fokusní skupiny jsem v rámci zachování anonymity přiřadila náhodná křestní jména. Z důvodů zachování anonymity neuvádím u konkrétních účastníků veškeré identifikační údaje. Ve vzorku jsou zastoupeny vrchní a staniční sestry napříč spektrem medicínských oborů a sestry z různě velkých zdravotnických zařízení, včetně tří manažerů ze soukromých zdravotnických zařízení.

#### Fokusní skupina č. 1

- **Hana**, 37 let, staniční sestra, 6 let praxe na pozici staniční sestry, ukončené bakalářské studium v oboru ošetrovatelství
- **Iva**, 61 let, staniční sestra, 8 let praxe na pozici staniční sestry, ukončené středoškolské vzdělání na střední zdravotnické škole a specializační vzdělání v chirurgických oborech
- **Eva**, 34 let, staniční sestra, 4 roky praxe na pozici staniční sestry, ukončené vyšší odborné vzdělání v oboru ošetrovatelství
- **Klára**, 46 let, vrchní sestra, 4 roky praxe na pozici staniční sestry a 6 let praxe na pozici vrchní sestry, ukončené bakalářské studium v oboru ošetrovatelství a specializační vzdělání v interních oborech

- **Kateřina**, 51 let, vrchní sestra, 6 let praxe na pozici staniční sestry, 2 roky praxe na pozici vrchní sestry, ukončené bakalářské studium v oboru ošetrovateľství
- **Monika**, 43 let, vrchní sestra, 3 roky praxe na pozici vrchní sestry, dokončené vyšší odborné vzdělání v oboru ošetrovateľství, započaté bakalářské studium v oboru ošetrovateľství,
- **Martina**, 52 let, vrchní sestra, 6 let praxe na pozici staniční sestry a 3 roky praxe na pozici vrchní sestry, ukončené magisterské studium v oboru ošetrovateľství

#### Fokusní skupina č. 2

- **Jana**, 58 let, vrchní sestra, 6 let praxe na pozici staniční sestry a 4 roky praxe na pozici vrchní sestry, ukončené vyšší odborné vzdělání v oboru ošetrovateľství
- **Tereza**, 46 let, vrchní sestra, 5 let praxe na pozici staniční sestry a 3 roky na pozici vrchní sestry, ukončené bakalářské studium v oboru ošetrovateľství
- **Petr**, 41 let, vrchní sestra, 2 roky praxe na pozici staniční sestry a 1 rok praxe na pozici vrchní sestry, ukončené magisterské studium v oboru ošetrovateľství a specializační vzdělání v intenzivní péči
- **Marie**, 32 let, staniční sestra, 4 roky praxe na pozici staniční sestry, ukončené bakalářské studium v oboru ošetrovateľství
- **Lenka**, 39 let, staniční sestra, 5 let praxe na pozici staniční sestry, ukončené vyšší odborné vzdělání v oboru ošetrovateľství a specializační vzdělání v intenzivní péči
- **Lucie**, 45 let, staniční sestra, 6 let praxe na pozici staniční sestry a 1 rok na pozici vrchní sestry, ukončené vyšší odborné vzdělání v oboru ošetrovateľství
- **Veronika**, 37 let, staniční sestra, 3 roky praxe na pozici staniční sestry, ukončené bakalářské studium v oboru ošetrovateľství
- **Dana**, 55 let, staniční sestra, 12 let praxe na pozici staniční sestry, ukončené bakalářské studium v oboru ošetrovateľství

#### **Moderátor a průvodce diskuzí**

V rámci fokusní skupiny je důležitá role výzkumníka – facilitátora/moderátora.

V průběhu fokusní skupiny jsem se v roli moderátora držela následujících pravidel:

- Podněcovat a podporovat účastníky v zapojení do diskuze,
- pomáhat účastníkům ve vyjádření jejich názorů a postojů,
- nehodnotit názory účastníků a nevnášet do diskuze vlastní schémata

- do diskuze zasahovat pouze v případě vychýlení se od problému nebo pro navození nového tématu. (Švaříček, Šed'ová, 2014).
- Zajistit, že se účastníci diskuze drží předem daného tématu. (Stewart, Shamdasani, 2015).

Pro zajištění hladkého průběhu obou setkání jsem vytvořila průvodce/scénář fokusní skupiny, ve kterém hraje velkou roli časový rozvrh jednotlivých aktivit, kterého jsem se striktně držela. Tento předem připravený scénář nebyl pro obě fokusní skupiny shodný. Na základě zkušeností s první fokusní skupinou, jsem z programu druhé fokusní skupiny vyřadila aktivitu *psaní inzerátu* a tím jsem získala větší časový prostor pro diskusi nad hlavní výzkumnou otázkou. Průvodce fokusní skupinou je součástí přílohy 3.

### **Skupinová diskuze**

Skupinová diskuze první fokusní skupiny probíhala v jedné z učeben 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, druhá fokusní skupina se konala v pronajatém soukromém objektu v Hradci Králové. K zaznamenání odpovědí sloužila velká tabule. Dle typu aktivity jsem odpovědi zaznamenala já, nebo respondent. V místnosti byl po celou dobu diskuze umístěn plakát se stručnou definicí/operacionalizací slova kompetence tak, abych zajistila shodné vnímání tohoto pojmu všemi účastníky. Účastníci diskuze seděli v půlkruhu, aby na sebe navzájem viděli a zároveň viděli na tabuli.

### Zahájení setkání

Obě fokusní skupiny byly zahájeny představením účastníků a podpisem informovaného souhlasu s pořízením zvukového záznamu a zveřejněním výstupů z fokusní skupiny. Informovaný souhlas je součástí přílohy 4. Na úvod fokusní skupiny jsem představila cíle výzkumu a téma, které bude předmětem diskuze. Držela jsem se při tom tvrzení, které o tématu diskuze fokusní skupiny uvádí Švaříček a Šed'ová: „...*platí zde zásada, že téma je jasné a srozumitelné pro všechny účastníky fokusní skupiny.*“ (Švaříček, Šed'ová, 2014). Abych zajistila toto kritérium, následovalo po představení projektu objasnění pojmu kompetence. Pojem kompetence je operacionalizován jako postoje, znalosti, dovednosti a schopnosti konkrétní osoby.

### Diskuze

První aktivita/otázka byla zaměřená na určení nejčastějších činností, které manažeři v ošetrovatelství vykonávají. Dle Kubeše, Spillerové a Kurnického lze o kompetenci mluvit

a identifikovat ji pouze ve vztahu ke konkrétnímu úkolu, pozici či funkci (Kubeš, Spillerová, Kurnický, 2004). První otázka tedy zněla: „*Jakým činností věnujete ve své funkci staniční nebo vrchní sestry nejvíce času?*“. Účastníci pak měli 5 minut na její zodpovězení. Po shromáždění jednotlivých odpovědí (každá odpověď byla napsána na papír a umístěna na tabuli před skupinou účastníků) následovalo vizuální seskupování jednotlivých odpovědí do nadřazených skupin podle podobnosti tématu, tzv. metoda grupování. Řazení jednotlivých činností do skupin a jejich následné pojmenování probíhalo na základě skupinové diskuze. Pro přiřazení jednotlivých činností do skupin a jejich pojmenování, musela mezi účastníky fokusní skupiny panovat shoda.

Poté následovala klíčová diskuze, ve které se respondenti vyjadřovali ke každé skupině činností a popisovali, co jim pomáhá tyto činnosti zvládnout dobře, včas a tak, aby přinesly očekávaný efekt. Účastníci tak pojmenovávali přímo konkrétní kompetence nebo jejich části v podobě konkrétních dovedností, znalostí schopností a postojů.

Po ukončení diskuze dostali účastníci fokusní skupiny poslední úkol, napsat inzerát na pozici staniční nebo vrchní sestry, ve kterém poptávají ty nejdůležitější kompetence. První tři kompetence nalepil každý účastník na tabuli. Následovala moderovaná diskuze nad těmito kompetencemi a jejich důležitostmi. Účelem této aktivity bylo zpětné ověření kompetencí, které účastníci zmínili během první diskuze a také poskytnutí dalšího prostoru pro diskuzi nad konkrétními kompetencemi. Po vyhodnocení průběhu první fokusní skupiny jsem tuto část shledala jako zbytečnou, a to ze dvou důvodů: 1. účastníci byli ovlivněni kompetencemi vyřčenými během první diskuze, a proto tuto metodu nelze považovat za legitimní ověření platnosti kompetencí z první části diskuze. 2. První diskuze mezi účastníky, ve které popisovali kompetence nutné k plnění úkolů manažera v ošetrovatelství, byla velmi živá a bohatá na informace. Bohužel musela být z důvodu dodržení časového rozvrhu přerušena druhou aktivitou. Z těchto důvodů jsem se rozhodla třetí úkol (vypsání inzerátů) do programu druhé fokusní skupiny již nezařadit, a tak byla klíčová diskuze prodloužena o cca 15 minut. Zpětně toto rozhodnutí hodnotím jako přínosné, neboť probíhající diskuze v druhé fokusní skupině přinesla více validních informací a zajímavých formulací konkrétních kompetencí.

V závěrečné fázi setkání měli účastníci možnost doplnit jakékoliv důležité kompetence, které zatím v diskuzi nezazněly a které dle jejich názoru staniční a vrchní sestry potřebuje ke zvládnutí své pracovní role.

V rámci přípravy fokusních skupin jsem měla připravené záložní aktivity a otázky (Příloha 3), na které ani v jednom případě nezbyl čas, neboť diskuze nad kompetencemi v rámci jednotlivých manažerských činností byla v obou případech velmi bohatá a živá.

### 2.2.3 Průběh dotazníkového šetření

Mirrelli, Tondora a Hoge k použití dotazníkového šetření jako výzkumné metody při identifikaci kompetencí uvádí, že obsah dotazníkového šetření by měl vycházet z prvotního sběru dat fokusní skupinou nebo jinou výzkumnou metodou. Respondenti jsou obvykle vyzváni, aby označkovali jednotlivé výroky nebo kompetence vzešlé z fokusní skupiny. V dotazníkovém šetření se výzkumník může ptát na to, jak důležitá je kompetence pro efektivní výkon konkrétního povolání, nebo jak často je kompetence při výkonu povolání používána. V závěru dotazníku by měl být respondentovi poskytnut prostor pro vyjádření jakékoliv informace, kterou považuje za důležitou k danému tématu (Mirrelli, Tondora, Hoge, 2005). S použitím dotazníkového šetření k otestování platnosti kompetencí souhlasí také Kubeš, Spillerová a Kurnický. Shodně navrhují kompetence vzešlé z fokusní skupiny otestovat respondenty dotazníkového šetření na frekvenční pětibodové stupnici. Respondenti určují, jak často je třeba dané kompetence při plnění úkolů uplatňovat, resp. jak důležitá je kompetence pro úspěšné fungování na konkrétní pozici (Kubeš, Spillerová, Kurnický, 2004).

V dotazníkovém šetření jsou respondenti požádáni o posouzení míry důležitosti uvedených kompetencí pro práci na pozici staniční/vrchní sestry. Následuje sada kompetencí, které respondent ohodnotí. Jedná se tedy o maticový formát otázek, ve kterém jsou všechny otázky sdružené pod společný pokyn k jejich vyplňování. Z hlediska počtu variant odpovědí na tuto otázku se jedná o polynomickou otázku, pro kterou je dle Sedlákové nejvýhodnějším oborem hodnot škála (Sedláková, 2014). K ověření platnosti kompetencí vzešlých z fokusních skupin jsem v dotazníkovém šetření zvolila pětibodovou škálu míry důležitosti uvedených kompetencí. Každé z odpovědí jsem přiřadila číselnou hodnotu, což umožnilo matematické zpracování dat a jejich kvantitativní vyhodnocení.

**Tabulka 3: Škála míry důležitosti kompetencí (Zdroj vlastní).**

Absolutně nedůležité	Spíše nedůležité	Neutrální	Spíše důležité	Absolutně důležité
1	2	3	4	5

## Výběr respondentů dotazníkového šetření

K oslovení potenciálních respondentů jsem zvolila kombinaci dvou metod. První metodu, tedy osobní předání a vybrání dotazníků v tištěné podobě, jsem volila v menších nemocnicích, zejména tam, kde mi s osobním předáním a výběrem dotazníků pomáhali studenti ošetrovatelství a všeobecné sestry. Tímto způsobem byly osloveny staniční a vrchní sestry ze 17 různých zdravotnických zařízení. Druhou metodou byla distribuce dotazníku v elektronické formě a jeho zaslání na pracovní emaily staničních a vrchních sester. Takto byly osloveny staniční a vrchní sestry ze dvou fakultních nemocnic (Ústřední vojenská nemocnice Praha a Fakultní nemocnice Hradec Králové). Celkem byl dotazník distribuován 100 staničním a 100 vrchním sestrám, oslovené byly sestry z 9 krajů v České republice. Návratnost dotazníku distribuovaném v tištěné podobě byla 94 %. Návratnost dotazníku distribuovaném v elektronické podobě byla 69 %. Celková návratnost dotazníků byla 86 %. Sedláková uvádí jako vyhovující míru návratnosti dotazníků kolem 85 %. (Sedláková, 2014)

V oslovujícím e-mailu, a hlavičce tištěného dotazníku (Příloha 6) byli respondenti ujištěni o ochraně jejich identity, neboť výzkumné šetření bylo realizováno zcela anonymně.

## 2.3 Zpracování a analýza dat

Nejprve probíhalo zpracování dat kvalitativním způsobem pomocí metody kódování a třídění výpovědí respondentů z fokusních skupin. Data zpracovaná kvalitativní metodou sloužily jako vstupní data pro kvantitativní část výzkumu. Data získaná dotazníkovým šetřením jsem zpracovala v programu Microsoft Excel. V rámci třídění prvního stupně byly sestaveny tabulky četností vyjadřující míru důležitosti jednotlivých kompetencí. V rámci třídění dat druhého stupně jsem ověřovala platnosti konkrétních hypotéz a hledala závislost naměřených znaků.

### Zpracování a analýza dat z fokusních skupin

Prvním krokem při analýze dat byl přepis audionahrávky skupinové diskuze. Po přepisu audionahrávky jsem se věnovala analýze dat z první výzkumné otázky: „*Jakým činností věnujete ve své funkci staniční nebo vrchní sestry nejvíce času?*“. Analýzu dat získaných odpověďmi na tuto otázku provedli sami účastníci již v průběhu konání fokusní skupiny. Účastníci první fokusní skupiny rozdělili činnosti do čtyř skupin (Tabulka 4) a účastníci druhé fokusní skupiny do pěti skupin (Tabulka 5), které sami pojmenovali. Identifikace nejčastějších činností staničních a vrchních sester byla v rámci fokusní skupiny



pouze podpůrnou aktivitou k usnadnění procesu identifikace kompetencí. Z tohoto důvodu se již dále nevěnují podrobné klasifikaci a rozboru těchto činností.

**Tabulka 4: Činnosti, kterým respondenti v rámci výkonu povolání staniční nebo vrchní sestry věnují nejvíce času. Fokální skupina 1 (Zdroj vlastní).**

<b>Skupina činností</b>	<b>Konkrétní činnosti ve skupině (výroky respondentů)</b>
Administrativní činnosti	<i>Zasílání žádanek. Objednávání prádla a vybavení. Tvorba ošetrovatelských postupů. E-maily. Řešení materiálních nedostatků.</i>
Personální činnosti	<i>Řešení interpersonálních konfliktů. Obsazování služeb. Plánování směn. Zajistit, aby podřízení byli v práci rádi. Komunikace s personálem. Kontrola podřízených. Periodická školení. Hodnocení zaměstnanců. Interní audity.</i>
Odborné ošetrovatelské činnosti	<i>Převazování ran. Komunikace s pacienty a rodinou. Účast na vizitách. Práce ve směnách.</i>
Práce v adaptačním procesu	<i>Zaškolování nových zaměstnanců. Výběr mentorů. Zaškolení studentů.</i>

**Tabulka 5: Činnosti, kterým respondenti v rámci výkonu povolání staniční nebo vrchní sestry věnují nejvíce času. Fokální skupina 2 (Zdroj vlastní).**

<b>Skupina činností</b>	<b>Konkrétní činnosti ve skupině (výroky respondentů)</b>
Personální činnosti	<i>Řešení konfliktů. Komunikace s lidmi na oddělení. Plánování směn. Motivace personálu.</i>
Vedení nových zaměstnanců	<i>Vybírání školitelů. Zaškolení nových zaměstnanců a s tím související činnosti.</i>
Administrativní činnosti	<i>Hlášení pro pojišťovny. Objednávání materiálu. Objednávání pacientů na vyšetření. Řešení oprav na oddělení. Tvorba směrnic. Vyřizování e-mailů.</i>
Činnosti související s klinickou péčí	<i>Pomoc při akutních příjmech pacientů. Komunikace s pacienty. Auditorická činnost.</i>

	<i>Příprava podkladů na vizitu. Práce sestry u lůžka. Edukace pacientů.</i>
Ostatní	<i>Porady. Ranní hlášení lékařů.</i>

V průběhu diskuze se účastníci fokusních skupin zmiňovali o dalších činnostech, u kterých následně identifikovali kompetence potřebné k jejich plnění. Mezi takové činnosti patří například organizování společně tráveného volného času spolupracovníků.

Analýza dat z hlavní části fokusní skupiny, ve které respondenti identifikovali konkrétní kompetence (schopnosti, dovednosti, znalosti, postoje) potřebné k plnění pojmenovaných činností, probíhala kvalitativní metodou *scissors – and – sort*. Tato metoda analýzy přepisu skupinové diskuze spočívá ve třech krocích: kódování, vystřížení a třídění konkrétních výroků účastníků (Stewart, Shamdasani, 2015).

#### Proces kódování

Nejprve jsem v přepisu označila jednotlivé sekce, které jsou relevantní vzhledem k výzkumné otázce. V případě těchto fokusních skupin, vzhledem k jednoznačně položené výzkumné otázce a důslednému dodržování určeného tématu diskuze, jsem v první fázi označila většinu textu. Na základě prvního čtení jsem vytvořila klasifikační systém hlavních témat (kompetenční témata), která se v textu objevila. Po druhém čtení jsem identifikovala další výroky, které se vztahovaly k jednotlivým tématům. Konkrétní kompetenční témata a výroky, které s nimi souvisely, jsem od sebe barevně odlišila. Tento proces jsem několikrát opakovala, abych se ujistila, že v textu nevynechám podstatné téma či nezapomenu identifikovat a zařadit relevantní výrok.

#### Proces vystřížení (*scissors*) a třídění (*sort*)

V druhé části analýzy jsem jednotlivé kódy oddělila od zbytku textu a podle společného tématu jsem je zařadila do kompetenčních témat. Pro zvýšení validity metody jsem tento krok opakovala a revidovala celkem třikrát s odstupem několika dní.

V přepisu obou skupinových diskuzí jsem identifikovala kompetenční témata a sestavila jsem tabulku klasifikačního systému, která zobrazuje kompetenční témata, kompetenční skupinu, jednotlivé kompetence a konkrétní výroky respondentů (tabulka, na jejímž základě byly kompetence pojmenovány). V rámci obou fokusních skupin se jasně profilovala čtyři kompetenční témata. Zastoupení výroků v kompetenčních tématech se v rámci fokusních skupin liší.

Při vytváření kompetencí jsem se řídila následujícími pravidly (Kubeš, Spillerová, Kurnický, 2004):

- Používat jednoduchý, srozumitelný jazyk, ve kterém je nutné se vyvarovat jakýchkoliv dvojjazyčností.
- Najít přiměřený kompromis mezi úrovní všeobecnosti a konkrétnosti popisu.
- Název by měl být zkráceným a souhrnným vyjádřením chování, které tvoří jádro kompetence.

Konkrétní kompetenční témata, kompetenční skupiny a kompetence jsou uvedeny v tabulkách 7, 8, 9 a 10. Vybrané výroky, na jejichž základě byly kompetence identifikovány ilustruje tabulka 6 a to na kompetenčním tématu *Komunikace*. Zbylé výroky, na jejichž základě byly kompetence formulovány jsou součástí přílohy 5.

**Tabulka 6: Kompetenční téma Komunikace: Kompetenční skupina, Kompetence, Výroky.**

Kompetenční téma: <b>KOMUNIKACE</b>		
Kompetenční skupina	Kompetence	Výroky
<b>Efektivní komunikace</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zvládnání principů asertivní komunikace.</li> <li>• Schopnost aktivního naslouchání.</li> <li>• Znalost zásad formální a neformální komunikace v písemném, verbálním i neverbálním projevu na úrovni příjemce sdělení.</li> </ul>	<p>„Já jsem přesvědčená, že se člověk v rozhovoru s podřízenými musí umět prosadit. Jenže tak, aby se neurazil a zároveň, abych prosadila to svoje.“</p> <p>„Osvědčilo se mně a dlouho jsem se to učila, nechodit kolem horký kaše, neopisovat ty věci, které jsou nepříjemné, ale vhodným a stručným způsobem je sdělit.“</p> <p>„V jednání s podřízenými a nadřízenými musím většinou volit takový způsob komunikace, aby mě neodváděla ta osoba od tématu, abych stručně a jasně sdělila požadavek.“</p> <p>„Rozlišuju, s kým se v práci zrovna bavím, jestli je to člověk, který potřebuje jednoduchá sdělení bez odborných slov, jako třeba rodina pacientů nebo jestli nemusím přemýšlet, zda těm výrazům bude rozumět, s lékařem můžu samozřejmě používat odbornější výrazy.“</p> <p>„Za důležité považuji znalost zásad profesionální elektronické komunikace. Trocha stylistické obratnosti je na vedoucí pozici jistě důležitá.“</p>

		<p>„Když chci, aby lidi udělali, co potřebuju, musím s nimi mluvit tak, aby tomu rozuměli. Jinak se bavím s našim sanitářem a jinak zase s hlavní sestrou.“</p> <p>„Hlidám si, abych v písemný komunikaci, hlavně e-mailech nebo hlášeních, nedělala gramatické chyby. Je to moje vizitka.“</p> <p>„Sama nesnáším, když mně někdo zahltí schránku nebo opakovaně posílá spamy.“</p> <p>„U nás pracují na pozici sanitářů cizinci. Osvědčilo se mně komunikovat u zaměstnanců, kterým dělá problém psaná čeština, prostřednictvím krátkých odrážkových sdělení nebo někdy sáhnou i po jednoduchý myšlenkový mapě.“</p>
<p><b>Koordinace interdisciplinární spolupráce</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost zajistit účinnou komunikaci koordinaci spolupráce všech zainteresovaných profesí v rámci péče o pacienta.</li> </ul>	<p>„Když zajišťuji nějakou věc, musím vždycky uvažovat v kontextu všech osob, který jsou ve věci zainteresovaný. Všechny ideálně písemně informuju, sjednávám schůzky, prostě informačně propojuju. Čím dýl jsem ve vedoucí funkci, tím víc oceňuju interdisciplinární spolupráci. Mnoho věcí se vyřeší snáz.“</p> <p>„Moje předchůdkyně například nepovažovala za důležité přizvat ke spolupráci sociální pracovníci. Zejména u seniorů, kteří po hospitalizaci nemůžou už domů. No, a to potom vždycky sestra sháněla, kam s ním a bralo ji to čas, který měla pro ošetrovatelskou práci.“</p>
<p><b>Prezentační dovednosti</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost vystupovat na veřejnosti.</li> <li>• Schopnost strukturovaného a poutavého projevu.</li> <li>• Ovládání vlastní nervozity.</li> <li>• Schopnost facilitace skupinové diskuze.</li> </ul>	<p>„Určitě je důležitý, aby sestra ve vedoucí funkci uměla dobře a profesionálně vystupovat na veřejnosti.“</p> <p>„S tím souhlasím. Moje nadřízená kdysi, když jsem měla po škole, když měla na veřejnosti promluvit, myslím tedy pracovně, tak byla rudá, koktala a nikdo ji většinou nebral, nevěnovali jí pozornost. Tréma je hrozná, já jsem se to učila dlouho. Člověk musí být sebejistý a vědět, o čem mluví.“</p> <p>„Suverénní vyjadřování je u staniční a vrchní sestry klíčové. Jakmile je staniční nebo vrchní v projevu nejistá, tak ztrácí autoritu podřízených.“</p> <p>„A taky ztrácí respekt ostatních, myslím lékařů, rodin pacientů, studentů a tak podobně.“</p> <p>„Já si myslím, že mírná tréma nevádí, ale musí vědět, o čem mluví. Jestli mluvíme o vrchní nebo staniční sestře nebo zkrátka</p>

		<p><i>o vedoucím pracovníkovi a jejich projevu na veřejnosti, tak by měli být na projev rozhodně připraveni. Je lepší, když je ta přednáška nebo hlášení jasně strukturované a taky ne moc dlouhé a chaotické.“</i></p> <p><i>„Přesně, já se vždycky na porady radši pořádně připravuju. Setkala jsem se už několikrát s vystoupeními, u kterých už člověk předem věděl, že to bude nudný a nesrozumitelný. „</i></p> <p><i>„Nejhorší je tréma. Ale s tím se dá pracovat. Já jsem měla štěstí na supervizorku. Ta mě naučila trému ovládat.“</i></p> <p><i>„Při poradě se často začnou hádat, musím je nějak umět ukočírovat, tak aby mluvila jenom jedna a abychom tam nebyly deset let a dobraly se cíle.“</i></p> <p><i>„Nedávno jsem prezentovala naše oddělení na škole a byla jsem docela dost nervózní, musím to ještě natrénovat.“</i></p>
<p><b>Zvládání zátěžových a krizových situací</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efektivní řešení situací ovlivněných protichůdným očekáváním mezi nadřízenými a podřízenými.</li> <li>• Schopnost provádět pružnou a racionální analýzu kritických situací na oddělení</li> <li>• Stanovování operativního řešení akceptovatelného týmem.</li> <li>• Ovládání zásad krizové komunikace.</li> <li>• Schopnost využívat techniky stres managementu např. relaxační techniky, pozitivní myšlení, sebeovládání.</li> </ul>	<p><i>„Nejde vést oddělení tak, abyste se zavděčili všem. Jiný požadavky mají moji nadřízení a jiný moji podřízený. A s tím musí vedoucí sestra vždycky počítat a být s tím vyrovnaná.“</i></p> <p><i>„Ano a vedoucí sestra v tom musí umět balancovat a neztratit jistotu vědomí, že pracuje správně. A nelhat ani sobě ani kolegům. Prostě hledat kompromisy a hledat neoptimálnější řešení.“</i></p> <p><i>„V duchu si můžu myslet svoje, ale pokud dostanu například od vedení požadavek na změnu ve fungování týmu zdravotních sester, tak nemůžu odkývat, že ano a na oddělení to nerealizovat jen proto, že by se sestry bouřily. Musím zvolit takový strategický jednání, aby tým změnu akceptoval.“</i></p> <p><i>„Ve vypjatých situacích se musí sestra ve vedoucí funkci umět s chladnou hlavou rychle se zorientovat. Myslím tím, co se vlastně děje, rozlišit podstatné od nepodstatného a tak podobně.“</i></p> <p><i>„Vrchní nebo staniční musí umět rozpoznat, jestli je konkrétní situace, myslím třeba konflikt na pracovišti, vážná a může ohrozit fungování týmu, nebo jestli to je nějaká chvilková šarvátka dvou</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poskytování podpory zaměstnancům, zejména ve vypjatých situacích.</li> </ul>	<p><i>kolegyň, kvůli které nebude plýtvat svým časem. “</i></p> <p><i>Když řeší nadřízená sestra konflikt v týmu, je dobré nejprve si vyjasnit, jaký výsledek řešení konfliktu je očekáván, co je vlastně výsledkem řešeného konfliktu.</i></p> <p><i>„Přesně tak, a během rozhovorů nebo diskuze tenhle cíl zmiňovat, aby nevznikl dojem, že se k řešení nedobereme. “</i></p> <p><i>„Taky je důležitý umět zacházet se stresem. Když cítím, že ztrácím radost z toho, co dělám v práci a začínám zkresleně vnímat realitu, zapojuji relaxační techniky. “</i></p> <p><i>„Ano, to považuji za důležité, regenerovat a relaxovat. To spolu souvisí. “</i></p> <p><i>„Bez pozitivního myšlení, udržování fyzické kondice a oddychových aktivit s rodinou a přáteli, bych vedoucí práci ve zdravotnictví nemohla vykonávat. “</i></p> <p><i>„Mně se na předchozím pracovišti osvědčily týmové akce mimo pracoviště. Byla jsem na pozici vrchní sestry a dařilo se. V práci byla fajn atmosféra. Byli jsme si tak nějak bližší. Tady, kde jsem teď na pozici staniční sestry to začínám zavádět taky. Většina zaměstnanců to vítá. “</i></p> <p><i>„Když někoho zaškolujeme a máme hodně málo sester, tak je to docela stres, protože chci, aby byl pořádně zaškolený, ale zároveň musí být co nejrychleji ve směnách. “</i></p>
<p><b>Zajišťování zdrojů informací pro výkon práce podřízených</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost vyhledávat, shromažďovat a srozumitelně předávat aktuální informace.</li> </ul>	<p><i>„Musím neustále držet krok s nejvyšším vedením nemocnice a do týmu musím přinášet co nejrychleji aktuální informace. Nejhorší je, když se novinky dozvedí podřízení třeba na kužárně a ne ode mě. Vytvářejí se tak dezinformace. “</i></p> <p><i>„Musím zajistit, aby se všechny novinky a informace z porad dostaly ke všem sestrám. Vymýšlím různé způsoby, nástěnku sešit hlášení a tak, aby se pak nikdo nemohl vymlouvat, že o tom nevěděl. “</i></p>

**Tabulka 7: Komunikace (Zdroj vlastní).**

Kompetenční téma: <b>KOMUNIAKCE</b> (kompetence K <sub>1</sub> – K <sub>15</sub> )	
Kompetenční skupina	Kompetence
<b>Efektivní komunikace</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zvládání principů asertivní komunikace.</li> <li>• Schopnost aktivního naslouchání.</li> <li>• Znalost zásad formální a neformální komunikace v písemném, verbálním i neverbálním projevu na úrovni příjemce sdělení.</li> </ul>
<b>Koordinace interdisciplinární spolupráce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost zajistit účinnou komunikací koordinaci spolupráce všech zainteresovaných profesí v rámci péče o pacienta.</li> </ul>
<b>Prezentační dovednosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost vystupovat na veřejnosti.</li> <li>• Schopnost strukturovaného a poutavého projevu.</li> <li>• Ovládání vlastní nervozity.</li> <li>• Schopnost facilitace skupinové diskuze.</li> </ul>
<b>Zvládání zátěžových a krizových situací</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efektivní řešení situací ovlivněných protichůdným očekáváním mezi nadřízenými a podřízenými.</li> <li>• Schopnost provádět pružnou a racionální analýzu kritických situací na oddělení.</li> <li>• Stanovování operativního řešení akceptovatelného týmem.</li> <li>• Ovládání zásad krizové komunikace.</li> <li>• Schopnost využívat techniky stres managementu např. relaxační techniky, pozitivní myšlení, sebeovládání.</li> <li>• Poskytování podpory zaměstnancům, zejména ve vypjatých situacích.</li> </ul>
<b>Zajišťování zdrojů informací pro výkon práce podřízených</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost vyhledávat, shromažďovat a srozumitelně předávat aktuální informace.</li> </ul>

**Tabulka 8: Dovednosti personálního řízení (Zdroj vlastní).**

Kompetenční téma: <b>DOVEDNOSTI PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ</b> (kompetence D <sub>1</sub> – D <sub>8</sub> )	
<b>Kompetenční skupina</b>	<b>Kompetence</b>
<b>Řízení adaptačního procesu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Příprava, plánování, monitoring a vyhodnocení adaptačního procesu nového zaměstnance.</li> <li>• Chápání role a povinností mentora, schopnost k delegování úkolů na osobu mentora.</li> <li>• Respekt k různosti způsobu příjmu a zpracování informací.</li> <li>• Identifikace rozvojových potřeb nového zaměstnance.</li> </ul>
<b>Schopnost kreativního řešení nedostatku personálu na oddělení</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost tvorby a realizace náboru kvalifikovaných pracovníků do ošetrovatelského týmu.</li> <li>• Dovednost motivovat a podchytit zájem studentů a absolventů o profesní působení v ošetrovatelském týmu.</li> </ul>
<b>Motivace spolupracovníků</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pro vyjádření pochvaly umět zvolit vhodný způsob a přiměřený rozsah.</li> <li>• Schopnost poskytovat a přijímat zpětnou vazbu.</li> </ul>



**Tabulka 9: Leadership (Zdroj vlastní).**

Kompetenční téma: <b>LEADERSHIP</b> (kompetence L <sub>1</sub> – L <sub>17</sub> )	
<b>Kompetenční skupina</b>	<b>Kompetence</b>
<b>Umění vytvořit pozitivní atmosféru v týmu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost vytvářet atmosféru důvěry na pracovišti ve všech vztahových rovinách.</li> <li>• Schopnost upevňovat a rozvíjet vztahy mezi zaměstnanci.</li> </ul>
<b>Sebeprosazení</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost být respektovaným vzorem pro ostatní členy týmu.</li> <li>• Schopnost naplňovat osobní zájmy bez konfliktů, v souladu s vizí a cíli organizace, bez narušení personálních vztahů.</li> </ul>
<b>Prosazování zájmů ošetrovatelského týmu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosazování adekvátní společenské prestiže všeobecných sester.</li> <li>• Vytvářet podmínky pro růst odborné, morální a etické úrovně členů ošetrovatelského týmu.</li> <li>• Schopnost argumentovat a vyjednávat z pozice experta ošetrovatelských postupů.</li> </ul>
<b>Sociální dovednosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost budovat, udržet a rozvíjet profesní vztahy.</li> <li>• Schopnost aktivně naslouchat se záměrem hledat optimální řešení pro obě strany.</li> <li>• Schopnost empatického přístupu ke všem členům ošetrovatelského týmu.</li> <li>• Podpora vědomého využívání prvků humoru na pracovišti.</li> </ul>
<b>Umět iniciovat a zavádět změnu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ochota iniciovat a přijímat změny.</li> <li>• Schopnost přesvědčit spolupracovníky o přínosu změny ve vztahu k jednotlivci i k týmu.</li> <li>• Loajalita k strategii a cílům organizace.</li> <li>• Schopnost orientovat se a přizpůsobit se situacím v měnícím se prostředí.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost věcné argumentace pro podpoření zaváděné změny.</li> </ul>
<b>Osobní rozvoj</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost průběžného zvyšování úrovně profesních znalostí a dovedností.</li> </ul>

**Tabulka 10: Odborné ošetrovatelské dovednosti (Zdroj vlastní).**

Kompetenční téma: <b>ODBORNÉ OŠETŘOVATELSKÉ DOVEDNOSTI</b> (kompetence O <sub>1</sub> – O <sub>10</sub> )	
<b>Kompetenční skupina</b>	<b>Kompetence</b>
<b>Schopnost řídit proces kvality</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Znalost zásad praxe založené na důkazech a schopnost jejich aplikace do praxe.</li> <li>• Orientace v aktuálních trendech odborných ošetrovatelských postupů.</li> <li>• Znalost legislativy vztahující se k ošetrovatelství.</li> <li>• Schopnost zavádět změny v závislosti na výsledcích interních i externích auditů.</li> </ul>
<b>Praktické dovednosti ošetrovatelských činností</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost zastoupit všeobecnou sestru ve směně.</li> <li>• Všeobecný přehled o skladbě pacientů na oddělení, včetně znalosti jejich specifických potřeb.</li> <li>• Schopnost používat aktuální odbornou ošetrovatelskou a medicínskou terminologii v komunikaci se členy interdisciplinárního týmu.</li> </ul>
<b>Znalost, tvorba a interpretace vnitřních předpisů</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schopnost porozumět významu textu vnitřních předpisů organizace a dokumentům spolupracujících subjektů.</li> <li>• Dovednost tvorby a úpravy dokumentů vnitřních předpisů a jejich interpretace zainteresovaným osobám.</li> <li>• Znalost základů práce s PC, včetně textových editorů (Microsoft Word, Excel atd.).</li> </ul>

## **Zpracování a analýza dat z dotazníkového šetření**

V první fázi analýzy dotazníkového šetření jsem zpracovávala údaje získané prvními čtyřmi otázkami v dotazníku:

### Jaká je Vaše pracovní pozice?

Z celkového počtu 172 respondentů dotazník odevzdalo 91 vrchních a 81 staničních sester.

### Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

65 respondentů (37,80 %) označilo za nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnickou školu. 52 respondentů (30,23 %) vysokou školu se zakončeným magisterským studiem a 38 respondentů (22,09 %) se zakončeným bakalářským studiem. 17 respondentů (9,88 %) označilo vyšší odbornou školu.

### Máte vzdělání z oblasti managementu?

83 respondentů (48,26 %) uvedlo, že nemá žádné vzdělání v oblasti managementu. 48 respondentů (27,91 %) na otázku vzdělání z oblasti managementu uvedlo různé certifikované a odborné kurzy na téma řízení lidí a managementu ve zdravotnictví. 31 respondentů (18,02 %) uvedlo, že v rámci manažerského vzdělávání absolvovali specializační vzdělávání v oboru *Organizace a řízení ve zdravotnictví* a 10 respondentů (5,81 %) uvádí v oblasti manažerského vzdělávání absolvovaný MBA program.

### Máte nějakou specializaci?

124 respondentů (72,08 %) na tuto otázku odpovědělo, že absolvovali specializační vzdělávání. Konkrétně respondenti uvedli následující specializační obory: intenzivní péče – 58 (33,72 %), ošetrovatelská péče v chirurgických oborech – 17 (9,88 %), perioperační péče – 17 (9,88 %), ošetrovatelská péče v interních oborech – 14 (8,14 %), organizace a řízení ve zdravotnictví -12 (6,98 %), ošetrovatelská péče v pediatrii – 3 (1,74 %), ošetrovatelská péče v psychiatrii – 3 (1,74 %). 19 respondentů (11 %) uvedli jako sekundární specializační vzdělání organizaci a řízení ve zdravotnictví. 48 respondentů (27,91 %) uvedlo, že nemají specializační vzdělání.

Pátá otázka v dotazníku, která je mířená na počet let praxe na pozici staniční nebo vrchní sestry, je pouze kontrolní a sloužila ke kontrole základního kritéria pro zařazení

respondenta do výzkumu. Toto kritérium nesplnili dva respondenti, kteří byli z výzkumu vyřazeni.

Proměnnou, kterou respondenti hodnotí ve druhé části dotazníku, je míra důležitosti kompetence. Ta je operacionalizována do škály o pěti stupních míry důležitosti. Míru důležitosti kompetence klasifikuji jako pořadovou/ordinální proměnnou. O ordinálních proměnných Disman říká, že mohou být seřazeny do nějaké hierarchie a můžeme u nich určit, zda je u jednoho respondenta nižší, vyšší než u jiného respondenta, nebo je rovna. Nemůžeme však přesně určit o kolik je vyšší/nižší. V našem případě tak můžeme říci, že konkrétní kompetence je pro respondenta X důležitější než pro respondenta Y, nemůžeme však přesně určit, o kolik je důležitější. Pro ordinální proměnné používáme jako míru střední hodnoty medián, hodnotu, která je právě v prostředku všech pozorování, seřazených dle velikosti (Disman, 2011).

Například u kompetence  $K_1$  *Zvládání principů asertivní komunikace*, kde 96 respondentů označilo na škále míry důležitosti tuto kompetenci za absolutně důležitou (5), 67 respondentů za spíše důležitou (4) a 9 respondentů za neutrální (3), je mediánem hodnota 5, tedy absolutně důležitá. Medián jsem počítala pro každou kompetenci zvlášť a zapsala jsem ji pod tabulku četností každé kompetence (Tabulka 11). Pro vypočítání hodnot mediánu a zjištění dalších statistických dat, včetně četností jsem použila program Microsoft Office Excel.

Základní třídění dat z hodnocení kompetencí v dotazníkovém šetření jsem provedla pomocí tabulky četností. Pro každou kompetenci, jsem vytvořila samostatnou tabulku četností. V levém sloupci tabulky četností jsou uvedeny hodnoty z intervalové škály uvedené v dotazníku. Absolutní četností je vyjádřen počet respondentů, kteří na škále označili konkrétní položku. Relativní četnost vyjadřuje jak velká část respondentů (v procentech) připadá na danou hodnotu. Relativní četnost jsem počítala jako podíl absolutní četnosti ( $n_i$ ) a celkové četnosti ( $n$ ), pro vyjádření v procentech jsem vypočítanou hodnotu  $f_i$  vynásobila 100 % (Chráška, 2007).

$$f_i = \frac{n_i}{n \cdot 100}$$

Příklad tabulky četností je uveden v tabulce 11. Zbylé tabulky četností je možné poskytnout na vyžádání.

**Tabulka 11: Tabulka četnosti pro kompetenci K<sub>1</sub> Zvládání principů asertivní komunikace (Zdroj vlastní).**

Škála	Absolutní četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$
Absolutně nedůležité (1)	0	0 %
Spíše nedůležité (2)	0	0 %
Neutrální (3)	9	5,23 %
Spíše důležité (4)	67	38,95 %
Absolutně důležité (5)	96	55,81 %

<p>Medián kompetence K<sub>1</sub> = 5</p>
--

K zodpovězení dalších výzkumných otázek, bylo nutné porovnat odpovědi respondentů v závislosti na jejich pracovním zařazení a vzdělání. Nejprve bylo potřeba prokázat, zda mezi zkoumanými jevy/proměnnými, existuje nějaká závislost. K určení vzájemné závislosti proměnných jsem zvolila statistický test nezávislosti *chi-kvadrát* pro kontingenční tabulku, který je považován za základní a nejčastěji používaný test nezávislosti pro kontingenční tabulky. Chráska tento test označuje za vhodný při zpracování výsledků dotazníkového šetření, který sleduje závislost mezi dvěma jevy, jež byly zachyceny pomocí ordinálního měření (Chráska, 2007).

Test nezávislosti *chi-kvadrát* začíná formulováním nulové a alternativní hypotézy. Nulová hypotéza, označována jako  $H_0$ , předpokládá, že mezi pozorovanými jevy není žádná závislost. Proti nulové hypotéze stojí alternativní hypotéza, označována jako  $H_A$ , která popírá konstatování nulové hypotézy a předpokládá, že mezi pozorovanými jevy závislost existuje (Chráska, 2007; Hindls et al., 2007).

V případě této diplomové práce byly na základě výzkumných otázek stanoveny čtyři nulové a čtyři alternativní hypotézy. Uvedené hypotézy jsem testovala pro každou kompetenci zvlášť.

$H_{1,0}$  = Mezi mírou důležitosti konkrétní kompetence a pracovní pozicí respondentů není závislost.

H<sub>1,A</sub> = Mezi důležitostmi konkrétní kompetence a pracovní pozicí respondentů je závislost.

H<sub>2,0</sub> = Mezi mírou důležitosti konkrétní kompetence a nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů není závislost.

H<sub>2,A</sub> = Mezi důležitostmi konkrétní kompetence a nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů je závislost.

H<sub>3,0</sub> = Mezi mírou důležitosti konkrétní kompetence a manažerským vzděláním respondentů není závislost.

H<sub>3,A</sub> = Mezi důležitostmi konkrétní kompetence a manažerským vzděláním respondentů je závislost.

H<sub>4,0</sub> = Mezi mírou důležitosti konkrétní kompetence a specializačním vzděláním respondentů není závislost.

H<sub>4,A</sub> = Mezi důležitostmi konkrétní kompetence a specializačním vzděláním respondentů je závislost.

O přijetí či odmítnutí nulové nebo alternativní hypotézy pro konkrétní kompetenci je možné rozhodnout na základě testování nulové hypotézy pomocí tzv. *testového kritéria*, které značíme  $x^2$ . V případě testu nezávislosti chí-kvadrát se testové kritérium spočítá jako součet následujících hodnot, kde P značí tzv. *pozorovanou četnost* a O je tzv. *očekávaná četnost* pro každé pole kontingenční tabulky:

$$x^2 = \frac{(P_1 - O_1)^2}{O_1} + \frac{(P_2 - O_2)^2}{O_2} + \frac{(P_3 - O_3)^2}{O_3} \dots$$

Test vychází z porovnání pozorované četnosti s očekávanou četností, kterou lze očekávat v případě platnosti nulové hypotézy, tedy nezávislosti znaků. Očekávanou četnost lze vypočítat násobením odpovídajících marginálních četností ( $n_i$  a  $n_j$ ) v kontingenční tabulce (viz. tabulka 12) a dělením celkovou četností ( $n$ ) (Hendlis et al., 2007):

$$O = \frac{n_i \cdot n_j}{n}$$

**Tabulka 12: Kontingenční tabulka (Zdroj vlastní).**

	Znak 1a	Znak 1b	Znak 1c	$\Sigma$
Znak 2a	$P_1 (O_1)$	$P_3 (O_3)$	$P_5 (O_5)$	$n_j$
Znak 2b	$P_2 (O_2)$	$P_4 (O_4)$	$P_6 (O_6)$	$n_j$
$\Sigma$	$n_i$	$n_i$	$n_i$	$N$

Rozhodnutí o platnosti nulové nebo alternativní hypotézy vychází ze srovnání hodnot testového kritéria s tzv. *kritickou hodnotou*. Kritická hodnota se nachází ve statistických tabulkách a odvíjí se od zvolené *hladiny významnosti* a *počtu stupňů volnosti*. Hladina významnosti říká, jaká je pravděpodobnost zamítnutí nulové hypotézy, ačkoliv ve skutečnosti platí. Pravděpodobnost této chyby se značí jako  $\alpha$ . Dle Hindlse spočívá klasický přístup v pevně zvolené hladině významnosti, nejčastěji 5 %. S tímto se shoduje také Chráska, který tvrdí, že ve většině výzkumů se pracuje na hladině významnosti 0,005 nebo 0,00. Počet stupňů volnosti tabulky se určí podle vztahu

$$f = (r - 1) \cdot (s - 1),$$

kde  $r$  je počet řádků a  $s$  počet sloupců v kontingenční tabulce. Posledním krokem při rozhodnutí o platnosti hypotéz je porovnání testového kritéria s kritickou hodnotou. Je-li hodnota testového kritéria vyšší než kritická hodnota, pak můžeme nulovou hypotézu odmítnout a říci, že mezi odpověďmi, mírou důležitosti kompetence a pracovní pozicí respondentů nebo jejich vzděláním, je prokázána statisticky významná souvislost (Chráska, 2007; Hindls et al., 2007).

Z výše popsaného zpracování dat tedy vyplývá, že jsem výsledky dotazníkového šetření nejprve zapsala do kontingenční tabulky. Vzhledem k měření dvou různých závislostí a operacionalizaci vzdělání do třech různých forem (nejvyšší dosažené vzdělání, specializační vzdělání a vzdělání v oblasti managementu) jsem pro každou kompetenci sestavila čtyři kontingenční tabulky. První sledovala závislost míry důležitosti kompetence na pracovní pozici respondentů, druhá míru důležitosti kompetence na nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů, třetí míru důležitosti kompetence na specializačním vzdělání respondentů a čtvrtá míru důležitosti kompetence na vzdělání v oblasti managementu. Po spočítání všech očekávaných četností v každé kontingenční tabulce jsem zjistila, že pouze kontingenční tabulky sestavené pro kompetenci  $O_5$  a  $O_6$  splňují základní pravidla pro použití

testu nezávislosti chí-kvadrát. Těmito pravidly jsou: ve více než 20 % polí kontingenční tabulky nesmí být očekávané četnosti menší než 5 a v žádném poli tabulky nesmí být očekávaná četnost menší než 1 (Chráska, 2007). Na základě tohoto kritéria bylo možné testování kontingenční tabulky obsahující všechny znaky provést pouze u dvou zmiňovaných kompetencí. U zbylých tabulek jsem málo zastoupené kategorie znaků vypustila, což navrhuje Hendls, tedy za předpokladu, že je tento krok ve výzkumu logicky možný (Hendls et al., 2007).

Konkrétní postup testování nezávislosti chí-kvadrát ilustruji na kompetencích O<sub>5</sub> a O<sub>6</sub>, u kterých se závislost znaků potvrdila (viz. tabulka 13 a 14). Tento postup byl následně uplatněn u všech kompetencí. Vzhledem k zachování přehlednosti výzkumu dále neuvádím jednotlivé výpočty testu nezávislosti chí-kvadrát pro zbylé kompetence, u kterých se závislost znaků nepotvrdila. Porovnání testového kritéria s kritickou hodnotou je možné doložit na vyžádání. K testování nezávislosti jsem použila program Microsoft Office Excel a webovou aplikaci Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce (Kábrt, 2011).

**Tabulka 13: Kontingenční tabulka č. 1 pro závislost míry důležitosti kompetence O<sub>5</sub> na pracovní pozici respondentů (Zdroj vlastní).**

		Míra důležitosti kompetence					Σ
		Absolutně Nedůležitá (1)	Spíše nedůležitá (2)	Neutrální (3)	Spíše důležitá (4)	Absolutně důležitá (5)	
Pracovní pozice	Staniční	2 (8,48)	1 (15,54)	3 (11,77)	27 (20,25)	48 (24,96)	81
	Vrchní	16 (9,52)	32 (17,46)	22 (13,23)	16 (22,75)	5 (28,04)	91
Σ		18	33	25	43	53	172



$$x^2 = \frac{(2 - 8,48)^2}{8,48} + \frac{(16 - 9,52)^2}{9,52} + \frac{(1 - 15,54)^2}{15,54} + \frac{(32 - 17,46)^2}{17,46} + \frac{(3 - 11,77)^2}{11,77} + \frac{(22 - 13,23)^2}{13,23} + \frac{(27 - 20,25)^2}{20,25} + \frac{(16 - 22,75)^2}{22,75} + \frac{(48 - 24,96)^2}{24,96} + \frac{(5 - 28,04)^2}{28,04} = 91,87$$

$$f = (2 - 1) \cdot (5 - 1) = 4$$

Kritická hodnota pro stupeň volnosti 4 a hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$  je 9,48.

Hodnota testového kritéria ( $x^2 = 91,87$ ) je vyšší než kritická hodnota (9,48). Rozhodnutí tedy zní: nulovou hypotézu  $H_0$  o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že závislost mezi znaky existuje.

**Tabulka 14: Kontingenční tabulka č.2 pro závislost míry důležitosti kompetence  $O_6$  na pracovní pozici respondentů (Zdroj vlastní).**

		Míra důležitosti kompetence					$\Sigma$
		Absolutně Nedůležitá (1)	Spíše nedůležitá (2)	Neutrální (3)	Spíše důležitá (4)	Absolutně důležitá (5)	
Pracovní pozice	Staniční	0 (1,88)	0 (11,77)	4 (10,36)	22 (23,08)	55 (33,91)	81
	Vrchní	4 (2,12)	25 (13,23)	18 (11,46)	27 (25,92)	17 (38,09)	91
$\Sigma$		4	25	22	49	72	172

$$x^2 = 58,06$$

$$f = 4$$

Hodnota testového kritéria ( $x^2 = 58,06$ ) je vyšší než kritická hodnota (9,48). Rozhodnutí tedy zní: nulovou hypotézu  $H_0$  o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že závislost mezi znaky existuje.

Závěry z prvotního zpracování a analýzy dat z dotazníkového šetření jsou následující:

- Mediánem je u 64 % kompetencí hodnota míry důležitosti 5 a u 36 % kompetencí je mediánem hodnota 4.
- Kompetence K<sub>2</sub>, K<sub>4</sub>, K<sub>10</sub>, D<sub>8</sub>, L<sub>1</sub>, L<sub>3</sub>, L<sub>9</sub>, L<sub>10</sub> a L<sub>17</sub> získaly u více jak 75 % respondentů míru důležitosti 5.
- Závislost pracovní pozice respondentů na míře důležitosti kompetencí se testem nezávislosti chí-kvadrát potvrdila u kompetencí O<sub>5</sub> a O<sub>6</sub> a to s 95% spolehlivostí.
- Závislost nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů a míry důležitosti kompetencí se nepotvrdila.
- Závislost manažerského vzdělání respondentů a míry důležitosti kompetencí se nepotvrdila.
- Závislost specializačního vzdělání respondentů a míry důležitosti kompetencí se nepotvrdila.

Testováním nezávislosti chí-kvadrát byla u dvou kompetencí zjištěna jejich závislost na pracovní pozici respondentů. Z testu se však nelze dozvědět, jak jsou tyto dva znaky na sobě závislé. Sestavení tzv. *znaménkového schématu kontingenční tabulky* můžeme zjistit, jak se závislost projevuje a jak ji můžeme interpretovat. Znaménkové schéma testuje významnost rozdílu mezi očekávanými a pozorovanými četnostmi v každém poli kontingenční tabulky. Znaménkové schéma lze vypočítat na základě testového kritéria z tzv. *z-skóre*, tedy normované normální veličiny, kterou lze vypočítat ze vzorce:

$$z = \frac{P_{\%} - O_{\%}}{\sqrt{O_{\%} \cdot (100 - O_{\%})}} \cdot \sqrt{n}$$

Na základě vypočítané hodnoty *z* je každému poli následujícím způsobem přiřazeno znaménko: + nebo – v případě, že pozorovaná četnost je větší než očekávaná četnost na hladině významnosti  $\alpha = 5\%$  ( $1,96 \leq z < 2,58$ ). Znaménka ++ nebo --, je-li pozorovaná četnost větší než očekávaná četnost na hladině významnosti  $\alpha = 1\%$  ( $2,58 \leq z < 3,3$ ). Znaménka +++ nebo ---, je-li pozorovaná četnost větší než očekávaná četnost na hladině významnosti  $\alpha = 0,1\%$  ( $3,3 \leq z$ ). Znaménko 0 je přiřazeno v případě, že mezi očekávanou a pozorovanou četností není statisticky významná souvislost ( $1,96 > z$ ) (Chráška, 2007).

Vzhledem k tomu, že znaménkové schéma je používáno pouze pro interpretaci závislosti v případě platnosti alternativní hypotézy, konstruovala jsem toto schéma pouze v případě dvou kompetencí (viz. tabulka 15 a 16), u nichž se potvrdila platnost hypotézy  $H_A$ .

**Tabulka 15: Hodnoty  $z$ -skóre pro kontingenční tabulku č. 1. (Zdroj vlastní)**

		Míra důležitosti kompetence				
		Absolutně Nedůležitá (1)	Spíše nedůležitá (2)	Neutrální (3)	Spíše důležitá (4)	Absolutně důležitá (5)
<b>Pracovní pozice</b>	Staniční	- 2,28 -	- 3,87 ---	- 2,65 --	1,6 0	4,99 +++
	Vrchní	2,16 +	3,67 +++	2,51 +	- 1,52 0	- 4,75 ---

Ze znaménkového schématu pro kontingenční tabulku 1 lze vyčíst rozdíly míry důležitosti kompetence  $O_5$  *Schopnost zastoupit všeobecnou sestru ve směně mezi staničními a vrchními sestrami*. U staničních sester se projevila negativní závislost na hladině významnosti 0,001 u míry důležitosti 2 a naopak pozitivní závislost na hladině významnosti 0,001 u míry důležitosti 5. U vrchních sester je výrazná pozitivní závislost na hladině významnosti 0,001 u míry důležitosti 2 a výrazná negativní závislost na hladině významnosti 0,001 u míry důležitosti 5.

**Tabulka 16: Hodnoty  $z$ -skóre pro kontingenční tabulku č. 2. (Zdroj vlastní)**

		Míra důležitosti kompetence				
		Absolutně Nedůležitá (1)	Spíše nedůležitá (2)	Neutrální (3)	Spíše důležitá (4)	Absolutně důležitá (5)
<b>Pracovní pozice</b>	Staniční	- 1,38 0	- 3,56 ---	- 2,04 -	- 0,24 0	4,04 +++
	Vrchní	1,30 0	3,37 +++	1,93 0	0,23 0	- 3,87 ---

Znaménkové schéma kontingenční tabulky 2 ukazuje, že u staničních sester se projevuje pozitivní závislost na hladině 0,001 u míry důležitosti kompetence 5, zatímco u stejné míry důležitosti se u vrchních sester na stejné hladině významnosti projevuje závislost negativní. U vrchních sester se dále projevuje pozitivní závislost na hladině významnosti 0,001 u míry důležitosti 2, u které můžeme na stejné hladině významnosti pozorovat negativní závislost u staničních sester.

V rámci dotazníkového šetření byla respondentům v závěru položena otázka, zda byly, dle jejich názoru, zmíněny všechny kompetence, které považují za důležité. Pokud ne, byli respondenti požádáni o doplnění těchto kompetencí do volného pole. 157 respondentů (91,3 %) na tuto otevřenou otázku odpovědělo ve smyslu, že žádné kompetence nebyly vynechány, popřípadě, že byly všechny kompetence zmíněny. 5 respondentů zmínilo, že jim v dotazníku chyběla kompetence *časové flexibility*, 3 respondenti uvedli *zkušenost* a 2 respondenti uvedli *schopnost komunikace v cizím jazyce*. Mezi další odpovědi, které se v dotazníku objevily jedenkrát, patří: *sebereflexe*, *radost z práce*, *být profesionál*, *reprezentativní vzhled* a *členství v multidisciplinárních týmech*.

## 2.4 Hlavní výzkumné otázky

Záměrem výzkumu diplomové práce je zjistit, jaké kompetence používají manažeři v ošetrovatelství na střední úrovni řízení. Hlavní výzkumná otázka tedy zní:

**HVO<sub>1</sub>: Jaké kompetence při své práci používají manažeři v ošetrovatelství na střední úrovni řízení v České republice?**

Kompetence jsou v diplomové práci operacionalizovány jako veškeré znalosti, dovednosti, schopnosti, zkušenosti a postoje, které člověk potřebuje k výkonu svého povolání. Za manažery v ošetrovatelství na střední úrovni řízení jsou označeny vrchní a staniční sestry.

Dalším cílem výzkumu bylo zjistit, které z kompetencí jsou pro manažery v ošetrovatelství klíčové.

**HVO<sub>2</sub>: Které kompetence jsou pro manažery v ošetrovatelství na střední úrovni řízení klíčové?**

Za klíčové kompetence jsou považovány ty, které dosáhly nejvyšší míry relevantní četnosti v položce *Absolutně důležitá* na škále důležitosti konkrétní kompetence.

Stanovila jsem také vedlejší výzkumné otázky, které jsou sledovány v dotazníkovém šetření.

### **VVO<sub>1</sub>: Jak se liší míra důležitosti jednotlivých kompetencí u staničních a vrchních sester?**

Pro tuto výzkumnou otázku byly stanoveny vždy dvě hypotézy ke každé kompetenci. Hypotéza  $H_0$  zní: Mezi mírou důležitosti kompetence a pracovní pozicí sester neexistuje závislost.

Hypotéza  $H_A$  zní: Mezi mírou důležitosti kompetence a pracovní pozicí sester existuje závislost.

### **VVO<sub>2</sub>: Jak ovlivňuje vzdělání respondentů míru důležitosti jednotlivých kompetencí?**

Vzdělání respondentů je operacionalizováno do třech různých kategorií. První z nich je nejvyšší dosažené vzdělání, které je v dotazníku zastoupeno následujícími možnostmi: střední zdravotnická škola (SZŠ), vyšší odborná škola (VOŠ – Dis.), vysoká škola – bakalářské studium (VŠ – Bc.), vysoká škola – magisterské studium (VŠ – Mgr.) Dalšími sledovanými znaky v rámci vzdělání respondentů bylo specializační vzdělání a vzdělání v oblasti managementu.

## **2.5 Interpretace a diskuze dat**

Následující kapitola je věnována rozboru dat získaných prostřednictvím fokusních skupin a dotazníkového šetření. Interpretace a diskuze dat je rozdělena do čtyř oblastí odpovídajících hlavním a vedlejším výzkumným otázkám.

### **Jaké kompetence při své práci používají manažeři v ošetrovatelství na střední úrovni řízení v České republice?**

Tato otázka byla předmětem dvou fokusních skupin, při kterých účastníci identifikovali nejvíce potřebných kompetencí v oblasti komunikačních dovedností. Účastníci z druhé fokusní skupiny kladli velký důraz na kompetence z oblasti ošetrovatelských znalostí a jejich aplikaci v praxi s odkazováním na častý jev, že sestra v manažerské pozici zastupuje chybějící personál ve směně. Tyto dovednosti byly pro účastníky klíčové zejména pro získání respektu u spolupracovníků a získání převahy při vyjednávání s vedením nemocnice, při kterém pociťují argumentační převahu v osobních

zkušenostech v oblasti ošetrovatelské práce u lůžka. S tímto postojem se ztotožnili také účastníci první fokusní skupiny, přestože tento motiv zde nebyl tak silný jako u druhé fokusní skupiny. Za důležité považovali účastníci obou fokusních skupin dovednosti leadershipu, sebeprosazování a schopnost týmové spolupráce. V rámci fokusních skupin byly také často diskutovány kompetence z oblasti personálního řízení.

Na základě výroků účastníků fokusních skupin jsem identifikovala celkem 4 kompetenční témata, která představují čtyři zcela odlišné kompetenční oblasti. V rámci těchto kompetenčních témat jsem vytvořila 17 kompetenčních skupin, které sdružují celkem 50 konkrétních kompetencí (viz. tabulka č. 7, 8, 9 a 10). Identifikováním konkrétních kompetencí byla uzavřena kvalitativní část výzkumu. Vzhledem k tomu, že účastníci fokusních skupin zastupovali relativně malý vzorek populace, bylo nutné tyto kompetence otestovat na širším vzorku, aby byla zajištěna jejich validita a mohly být zobecněny na celou populaci. Testování kompetencí v dotazníkovém šetření považuji za úspěšné, neboť na základě tabulek četností míry důležitosti kompetencí a mediánu každé kompetence lze vyslovit závěr, že všechny kompetence zjištěné fokusními skupinami jsou platné a manažery v ošetrovatelství na střední úrovni řízení považované za důležité. Zbývá tedy zodpovědět otázku, zda ve výčtu kompetencí, které jsou jak účastníky fokusních skupin, tak respondenty dotazníkového šetření považovány za důležité, nebyly některé kompetence opomenuty. Opomenutí důležitých kompetencí jsem se snažila předejít vložím otevřenou otázku, která od respondentů zjišťovala, zda existují další kompetence, které při své práci považují za důležité a v dotazníku nebyly zmíněny. Pouze 15 respondentů zmínilo kompetenci, kterou v dotazníkovém šetření postrádali, což považuji za relativně malý, nikoliv však zanedbatelný počet. Pět respondentů se shodlo na tom, že jim v dotazníku chyběla kompetence *časové flexibility*, tři respondenti uvedli *zkušenost* a dva respondenti uvedli *schopnost komunikace v cizím jazyce*. Tyto kompetence bych v případě pokračování výzkumu a tvorby kompetenčního modelu podrobila dalšímu testování a zvažila jejich zařazení mezi již identifikované kompetence.

Porovná-li zjištěné kompetence s kompetencemi ze zahraničních kompetenčních modelů manažerů v ošetrovatelství, které popisují v kapitole 1.2.5 *Výzkumy kompetencí manažerů v ošetrovatelství*, mohu konstatovat, že v obou případech jsou silně zastoupeny kompetence z oblasti komunikačních dovedností, leadershipu, řízení lidských zdrojů. Naopak ke kompetenční oblasti, kterou jsem pojmenovala *Odborné ošetrovatelské dovednosti*, jsem v uvedených výzkumech nenašla vhodný ekvivalent. V zahraničních

výzkumech je také kladen výrazně větší důraz na kompetence z oblasti finanční gramotnosti a obchodních dovedností manažerů (srovn. Nurse Manager Leadership Partnership, 2006; Stefl, 2008).

### **Které kompetence jsou pro manažery v ošetrovatelství na střední úrovni řízení klíčové?**

Pro zodpovězení druhé výzkumné otázky bylo nutné stanovit kritéria, na jejichž základě bylo možné klíčové kompetence identifikovat. Těmito kritérii jsou: medián konkrétní kompetence musí být 5 a zároveň četnost odpovědí u míry důležitosti kompetence 5 (Absolutně důležitá) musí být minimálně 70 %. Tato kritéria splnilo celkem devět kompetencí:

K<sub>2</sub> Schopnost aktivního naslouchání.

K<sub>4</sub> Schopnost zajistit účinnou komunikaci koordinaci spolupráce všech zainteresovaných profesí v rámci péče o pacienta.

K<sub>10</sub> Schopnost provádět pružnou a racionální analýzu kritických situací na oddělení.

D<sub>8</sub> Schopnost poskytovat a přijímat zpětnou vazbu.

L<sub>1</sub> Schopnost vytvářet atmosféru důvěry na pracovišti ve všech vztahových rovinách.

L<sub>3</sub> Schopnost být respektovaným vzorem pro ostatní členy týmu.

L<sub>9</sub> Schopnost aktivně naslouchat se záměrem hledat optimální řešení pro obě strany.

L<sub>10</sub> Schopnost empatického přístupu ke všem členům ošetrovatelského týmu.

L<sub>17</sub> Schopnost průběžného zvyšování úrovně profesních znalostí a dovedností.

Z výčtu klíčových kompetencí je zřejmé, že kompetenční oblast *Leadership* považovali respondenti za velmi důležitou, což potvrzuje také fakt, že u 15 ze 17 kompetencí v této kompetenční oblasti je mediánem míry důležitosti hodnota 5, tedy *Absolutně důležitá*. Zároveň můžeme pozorovat, že ve výčtu klíčových kompetencí chybí zástupce z kompetenční oblasti *Odborné ošetrovatelské dovednosti*.

### **Závisí míra důležitosti kompetencí na pracovní pozici respondentů? A pokud ano, tak jakým způsobem?**

Odpověď na první otázku jsem získala prostřednictvím statistického testu chí-kvadrát nezávislosti pro kontingenční tabulku. Na základě výsledků chí-kvadrát testu můžeme označit pracovní pozici manažerů na střední úrovni za významný znak, který ovlivňuje míru

důležitosti dvou kompetencí z kompetenční skupiny Praktické dovednosti ošetrovatelských činností a to: O<sub>5</sub> Schopnost zastoupit všeobecnou sestru ve směně a O<sub>6</sub> Všeobecný přehled o skladbě pacientů na oddělení, včetně znalosti jejich specifických potřeb. U ostatních kompetencí se závislost míry důležitosti kompetence na pracovní pozici respondentů neprokázala.

Na základě sestavení znaménkového schématu, které ukazuje, jakým způsobem jsou na sobě proměnné závislé, lze o závislosti kompetence O<sub>5</sub> a O<sub>6</sub> na pracovní pozici respondentů říci následující:

- Staniční sestry považují schopnost zastoupit všeobecnou sestru ve směně za absolutně důležitou kompetenci, zatímco vrchní sestry tuto kompetenci považují za spíše nedůležitou.
- Vrchní sestry považují kompetenci všeobecného přehledu o skladbě pacientů na oddělení, včetně znalosti jejich specifických potřeb, za spíše nedůležitou, zatímco pro staniční sestry je tato kompetence absolutně důležitá.

V rámci fokusních skupin jsem byla velmi překvapená, že obecně byly kompetence odborných ošetrovatelských dovedností považovány účastníky za velmi důležité. Při diskuzi s účastníky fokusních skupin byly tyto kompetence často vyzdvihovány jako klíčové, a to z několika důvodů. Prvním z nich je obecný nedostatek všeobecných sester v České republice. V důsledku této situace uváděli účastníci fokusních skupin (včetně některých vrchních sester), že v rámci zachování objemu poskytované ošetrovatelské péče je nutné, aby v situacích personálního podstavu manažeri zastávali práci všeobecných sester v přímé péči. Z diskuze zároveň vyplynulo, že to je jeden z důvodů, proč ne vždy mají čas věnovat se manažerské práci podle svých představ. Z výsledků dotazníkového šetření však vyplývá, že tento problém se týká především staničních sester, které řídí jednotky o menším počtu spolupracovníků než vrchních sester, které mají obvykle na starosti soubor několika jednotek, oddělení nebo klinik v rámci jedné nemocnice.

### **Ovlivňuje vzdělání respondentů míru důležitosti konkrétních kompetencí?**

Na tuto otázku jsem opět hledala odpověď pomocí statistického testu nezávislosti chí-kvadrát. Vzhledem k tomu, že se závislost na nejvyšším dosaženém vzdělání, specializačním vzdělání nebo manažerském vzdělání neprojevila u žádné z kompetencí, lze usuzovat, že kompetence, které staniční a vrchní sestry při své práci používají, a které považují za důležité nesouvisí s jejich vzděláním. Zde bych ráda upozornila na fakt, že cílem výzkumu nebylo



zjistit, v jaké kvalitě jsou kompetence uplatňovány a zda je respondenti opravdu dobře ovládají.

## 2.6 Omezení výzkumu

Design a realizace výzkumu v podobě, kterou jsem původně plánovala v projektu diplomové práce (Příloha 7), se od výsledného výzkumu v mnohém změnil, ale hlavní výzkumná otázka a podstata samotného výzkumu zůstala zachována. V této kapitole popisuji, jak a proč se výzkum liší od projektu diplomové práce, a kde jsou slabiny a omezení realizovaného výzkumu.

Rozdíl mezi projektem diplomové práce a realizovaným výzkumem vidím hlavně v tom, že jsem se po realizaci první fokusní skupiny rozhodla zkoumat problematiku kompetencí více do hloubky, tedy věnovala jsem se více kvalitnějšímu popisu stávajících kompetencí. Oproti plánovanému měření podpory při získávání kompetencí a metod hodnocení kompetencí jsem se věnovala zkoumání proměnných, které mohou výsledné kompetence ovlivňovat, tedy pracovním pozicím respondentů a jejich vzdělání. V původním plánu projektu diplomové práce je uskutečnit pouze jednu fokusní skupinu. Po detailnějším studiu odborné literatury jsem zjistila, že v rámci zachování validity a kvality výzkumu různí autoři doporučují k jednomu výzkumnému problému realizaci alespoň dvou, ideálně však tří až pěti fokusních skupin (Morgan, 2001; Stewart, Shamdasani, 2015). Při realizaci více fokusních skupin je možné zajistit vyšší reprezentativnost a validitu dat. Tento výzkum pracuje s daty, která vzešla pouze ze dvou fokusních skupin. Důvody práce se dvěma fokusními skupinami jsou uvedeny v kapitole 2.2.2 *Průběh fokusních skupin*.

Výstupy z fokusních skupin jsou výrazně ovlivněny skladbou účastníků, jejich interpretačními dovednostmi, motivací, délkou profesní praxe a dalšími faktory. Eliminaci potenciálních negativních projevů těchto jevů jsem řešila aktivní podporou účastníků k ochotě sdílet názory a zkušenosti. Dle mého názoru účastníci fokusních skupin velmi dobře spolupracovali, byli aktivní a žádný z účastníků svým chováním nenarušoval hladký průběh diskuze.

Další omezení výzkumu je dáno tím, že využití metody *scissors and sort* spočívá na úsudku jednoho řešitele určujícího relevantní segmenty přepisu a následnou klasifikaci a pojmenování kompetencí. Objektivitu pojmenovaných kompetencí by zvýšilo provedení nezávislé klasifikace výroků respondentů dalším výzkumníkem.

### 3 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ

Hlavním cílem výzkumu bylo pomocí fokusních skupin popsat kompetence manažerů v ošetrovatelství a následně tyto kompetence validovat pomocí dotazníkového šetření na širším vzorku populace. Výstupem výzkumu je 50 identifikovaných kompetencí, které byly potvrzeny v dotazníkovém šetření, jehož se účastnilo celkem 172 staničních a vrchních sester. Hlavní cíl výzkumu tedy považuji za úspěšně splněný. Avšak kompetence vzešlé z výzkumu této diplomové práce jsou pouze výsledky prvotního sběru dat v této oblasti. Před případnou tvorbou kompetenčního modelu, který je podle Kubeše, Spillerové a Kurnického dalším krokem po analýze a popsání konkrétních kompetencí, bych doporučila kompetence vzešlé z výzkumu podrobit dalšímu testování (Kubeš, Spillerová, Kurnický, 2004). V případě vzniku společného kompetenčního modelu pro staniční a vrchní sestry bych zejména zvažila zařazení kompetencí z oblasti *Odborné ošetrovatelské dovednosti*, kde dvě z desíti kompetencí byly pro staniční sestry výrazně důležitější než pro vrchní sestry.

Druhým cílem diplomové práce bylo zjistit, které kompetence jsou pro manažery v ošetrovatelství klíčové. Také tento úkol považuji za splněný, avšak je nutné podotknout, že kritéria pro označení *klíčová kompetence* jsou výsledkem mého rozhodnutí na základě mediánu a rozložení relativních četností míry důležitosti každé kompetence.

Identifikované kompetence mohou sloužit jako podklady pro zdravotnické organizace v oblasti tvorby profilových pozic manažerů v ošetrovatelství a poskytnout další podpůrný materiál pro tvorbu nástrojů hodnotících pracovní výkon. Výsledky tohoto výzkumu v českém prostředí mohou také sloužit jako materiály pro vzdělávací centra a vysoké školy při sestavování jejich rámcových vzdělávacích programů pro manažery ve zdravotnictví. Dále může výzkum pomoci organizacím při výběru vhodného pracovníka na pozici manažera v ošetrovatelství.

Tvorba diplomové práce pro mne měla velký přínos, a to v mnoha rovinách. Obohatila jsem své znalosti v oblastech teoretických východisek manažerské práce a výzkumu. Během realizace výzkumu jsem si vyzkoušela roli moderátora a facilitátora fokusní skupiny. Zkušenost s vedením fokusních skupin určitě využiji v profesním i soukromém životě. Dalším neočekávaným přínosem pro mne bylo objevení možností statistického zpracování dat v programu Microsoft Excel. Funkce, které jsem se v rámci

zpracování dat z dotazníkového šetření v programu naučila používat, nyní často využívám při zpracování drobných průzkumných šetření v rámci své profesní praxe.

Závěrem bych chtěla říci, že mým záměrem bylo především poukázat na jedinečnost významu povolání všeobecných sester v manažerských pozicích. Identifikované kompetence také jasně ukazují náročnost profese, ve které se snoubí zdravotnická odbornost s uměním komunikace, leadershipu a řízením lidských zdrojů. Z realizace výzkumu vyplývá, že pro kvalitní výkon této profese jsou výše uvedená kompetenční témata klíčová. V neposlední řadě tedy doufám, že výzkum přispěje k profesionalizaci a posílení společenského uznání profese manažera v ošetrovatelství.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Literatura

- Armstrong, Michael. 2015. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy*. 13. vydání. Praha: Grada.
- Armstrong, Michael, Tina Stephens. 2008. *Management a leadership*. Praha: Grada Publishing.
- Bělohávek, František, Pavol Košťan a Oldřich Šuleř. 2006. *Management*. Brno: Computer Press.
- Carlson, Bruce, Rachel McKee. 2000. *Nástroj ke změně*. Praha: Nadace Comenius.
- Disman, Miroslav. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum Press.
- Drenkard, Karen. 2012. Strategy as Solution: Developing a Nursing Strategic Plan. *The Journal of Nursing Administration* 45 (5): 242–246.
- Drucker, Peter F. 2016. *To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku*. 2. vydání. Praha: Management Press.
- Drucker, Petr F., Joseph A. Maciariello. 2008. *Management*. New York: Collins.
- Graham, Pauline. 2003. *Mary Parker Follett: Prophet of management*. Washington: Beard Books.
- Grohar-Murray, Mary Ellen, Helen R. DiCroce. 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada.
- Hálková, Monika. 2009. *Standardy ošetrovatelské péče v českých nemocnicích*. Nepublikovaná bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
- Hekelová, Zuzana. 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada.
- Hendl, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hindls, Richard, Stanislava Hronová, Jan Seger, Jakub Fischer. 2007. *Statistika pro ekonomy*. Praha: Professional Publishing.
- Hloušková Jiřina. 2009. *Manažerské kompetence jako základní předpoklady pro výkon funkce manažera*. Rigorózní práce. Praha: Filosofická fakulta UK.
- Huber, Diane L. 2018. *Leadership Nursing Care Management*. Sixth Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier.

- Chládková, Irena. 2015. *Manažerské vzdělávání v oblasti zdravotnictví a jeho dopady do praxe*. Diplomová práce. Praha: FHS UK.
- Chráska, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Jarošová, Darja. 2006. *Základy managementu v ošetrovatelství*. Ostravská Univerzita.
- Kocianová Renata, 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada Publishing.
- Koontz, Harold, Heinz Wehrich. 1998. *Management*. Praha: East Publishing.
- Krbová, Jana. 2016. *Strategické plánování ve veřejné správě*. Praha: Wolters Kluwer.
- Kubeš, Marián, Dagmar Spillerová, Roman Kurnický. 2004. *Manažerské kompetence: způsobilost výjimečných manažerů*. Praha: Grada Publishing.
- Marelli, Anne F., Janis Tondora, Michael A. Hoge. 2005. Strategies for developing competency models. *Administration and Policy in Mental Health* 32 (5/6): 533–561.
- McCarthy, Geraldine, Joyce J. Fitzpatrick. 2009. Development of Competency Framework for Nurse Managers in Ireland. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 40 (8): 346-350.
- McClelland, David C. 1973. Testing for competence rather than for „Intelligence“. *American Psychologist* 28 (1): 1-14.
- Mertens, Dieter. 1974. Schlüsselqualifikationen. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt – und Berufsforschung* 7: 36-43.
- Morgan, David L. 2001. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Pihlainen, Vuokko, Tuula Kivinen, Johanna Lammintakanen. 2014. Management and Leadership competence in hospitals: a systematic literature review. *Leadership in Health Services* 29 (1): 95-110
- Plamínek, Jiří, Roman Fišer. 2005. *Řízení podle kompetencí*. Praha: Grada.
- Plamínek, Jiří. 2018. *Vedení lidí týmů a firem*. Praha: Grada.
- Plamínek, Jiří. 2013. *Sebepoznání, sebeřízení a stres*. 3. vydání. Praha: Grada.
- Plevová, Ilona a kol. 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada.
- Prahal, C. K., Gary Hamel. 1990. The Core Competence of the organization. *Harvard Business Review* 68 (3): 79–9.

- Průcha, Jan, Jaroslav Veteška. 2014. *Andragogický slovník*. 2. vydání. Praha: Grada.
- Sedláková, Renáta. 2014. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada.
- Slade, Samantha. 2018. *Going Horizontal: Creating a Non-Hierarchical Organization, One Practice at a Time*. Oakland, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Stefl, Mary E. 2008. Common Competencies for all Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance. *Journal of Healthcare Management* 53 (6): 360-374.
- Stewart, David E., Prem N. Shamdasani. 2015. *Focus groups: Theory And Practice*. Los Angeles: SAGE.
- Škrla, Petr, Magda Škrlová. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion.
- Škubová, Jarmila, Helena Chvátalová. 2004. *Sestra: o životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Špirudová, Lenka. 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces*. Praha: Grada Publishing.
- Švaříček, Roman, Klára Šedřová. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Swansburg, Russell C., Richard J. Swansburg. 2002. *Introduction to Management and Leadership for Nurse Managers*. Third Edition. Mass: Jones and Bartlett Publishers.
- Vévoda, Jiří a kol. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Vodáček Leo, Olga Vodáčková. 2013. *Moderní management v teorii a praxi*. 3. vydání. Praha: Management.

## **Elektronické zdroje**

- American Nursing Association (ANA), National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). 2005. *Joint Statement on Delegation* [online]. [cit. 2018-10-4]. Dostupné z: [https://www.ncsbn.org/Delegation\\_joint\\_statement\\_NCSBN-ANA.pdf](https://www.ncsbn.org/Delegation_joint_statement_NCSBN-ANA.pdf)
- American Organization of Nurse Executives. 2015. *Nurse Manager Competencies* [online]. [cit. 2018-09-6]. Dostupné z: <http://www.aone.org/resources/nurse-manager-competencies.pdf>

- Český statistický úřad. 2019. *Míry zaměstnanosti, nezaměstnanosti a ekonomické aktivity – listopad 2018* [online]. [cit. 2019-01-15] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cris/miry-zamestnanosti-nezamestnanosti-a-ekonomicke-aktivity-listopad-2018>
- Fakulta biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze. 2018. *Systémová integrace procesů ve zdravotnictví*. [online]. [cit. 2018-9-02]. Dostupné z: <http://en.fbmi.cvut.cz/uchazeci/studium/magistersky-program/systemova-integrace-procesu-ve-zdravotnictvi>
- Fakulta managementu a ekonomiky UTB. 2018. *Management ve zdravotnictví*. [online]. [cit. 2018-9-01]. Dostupné z: <https://fame.utb.cz/studium/moznosti-studia/vyber-oboru/navazujici-magisterske-obory/management-ve-zdravotnictvi/>
- Hay Group Inc. 2003. *Using Competencies to Identify High Performers: An Overview of the Basics*. [online]. [cit. 2018-08-15] Dostupné z: [http://www.haygroup.com/downloads/uk/competencies\\_and\\_high\\_performance.pdf](http://www.haygroup.com/downloads/uk/competencies_and_high_performance.pdf)
- International Hospital Federation. 2015. *Leadership Competencies for Healthcare Services Managers* [online]. [cit. 2018-09-6]. Dostupné z: [https://www.ihf-fih.org/resources/pdf/Leadership\\_Competencies\\_for\\_Healthcare\\_Services\\_Managers.pdf](https://www.ihf-fih.org/resources/pdf/Leadership_Competencies_for_Healthcare_Services_Managers.pdf)
- Kábrt, Milan. 2011. *Aplikovaná statistika: Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce* [online]. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>
- Katedra Řízení a supervize FHS UK. 2018. *Poslání*. [online]. [cit. 2018-10-09]. Dostupné z: <https://krs.fhs.cuni.cz/KRS-7.html>
- Matoušková Zdeňka, Jana Šafránková. 2010. *Řízení lidských zdrojů podle kompetencí*. [online]. [cit. 2018-09-13]. Dostupné z: [http://www.conference-cm.com/podklady/history1/abstrakty/23\\_Matouskova\\_Safrankova\\_abs.htm](http://www.conference-cm.com/podklady/history1/abstrakty/23_Matouskova_Safrankova_abs.htm)
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2010. *Seznam udělených, prodloužených akreditací – certifikované kurzy* [online]. [cit. 2018-12-01]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/obsah/certifikovany-kurz\\_3081\\_3.html](https://www.mzcr.cz/obsah/certifikovany-kurz_3081_3.html)
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2010a. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví*. [online]. [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-csb\\_4225\\_3082\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-csb_4225_3082_3.html)
- Nurse Manager Leadership Partnership. 2006. *Nurse Managers Inventory Tool* [online]. [cit. 2018-11-13]. Dostupné z: <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/education/online-courses/nurse-manager-inventory-tool.pdf?la=en>

Prachi, Juneja. s.d. *Overview of Competency Framework and its Benefits* [online]. [cit. 2018-06-16]. Dostupné z: <https://www.managementstudyguide.com/competency-framework.htm>

Spojená akreditační komise. 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice* [online]. 3. vydání. Praha: TIGIS. [cit. 2018-11-01]

Společnost pro management a leadership. 2012. [online]. [cit. 2018-9-01]. Dostupné z: <https://www.spml.cz/nova-definice-managementu/>

Zdravotnický deník. 2017. *Úprava vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků je na světě, mnohým posiluje kompetence.* [online]. [cit. 20-9-2018]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/07/uprava-vyhlasiky-cinnostech-zdravotnickych-pracovniku-svete-mnohym-posiluje-kompetence/>

### **Použité webové stránky**

[www.eahm.eu](http://www.eahm.eu), European Association for Hospital Managers [cit. 2018-11-04].

[www.en.oxforddictionaries.com](http://www.en.oxforddictionaries.com), English Oxford Living Dictionary [cit. 2018-06-4].

[www.healthcareleadershipalliance.org](http://www.healthcareleadershipalliance.org), Healthcare Leadership Alliance [cit. 2018-11-04].

<https://tarantula.ruk.cuni.cz/AKTUALITY-4838-version1.pdf>, Projekt DOCMAN [cit. 2018-12-20].

[www.vseomba.cz](http://www.vseomba.cz), Asociace institucí manažerského vzdělávání o. s. [cit. 2018-10-29].

### **Legislativa nebo zákony, normy, metodiky**

Věstník MZ ČR č. 6. 2009. *Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Věstník MZ ČR č. 6. 2008. *Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Věstník MZ ČR č. 7. 2008. *Metodický pokyn k přípravě a realizaci vzdělávacího programu certifikovaného kurzu.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Věstník MZ ČR č. 9. 2004. *Metodická opatření: Koncepce ošetrovatelství.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.



Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů (zákon o regulaci reklamy).

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání).