

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Katedra řízení a supervize  
v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Irena Chládková

**Manažerské vzdělávání v oblasti zdravotnictví**  
**a jeho dopady do praxe**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2015

## **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 používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 20. 6. 2015

Bc. Irena Chládková

### **Poděkování:**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní doc. PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc. za její nekonečnou trpělivost, vlídnou podporu a zejména odborné rady a inspirativní myšlenky, kterými mne po dobu mého kvalitativního bádání vedla.

Další poděkování patří celému vzdělávacímu týmu Katedry řízení a supervize FHS UK za nezapomenutelnou studijní atmosféru a jejich profesionální zkušenosti, jimiž mne obohatili.

# Obsah

<b>ABSTRAKT .....</b>	<b>6</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>1. MANAGEMENT ZDRAVOTNICTVÍ JAKO NÁSTROJ ZKVALITŇOVÁNÍ PÉČE A EKONOMICKÉHO HOSPODAŘENÍ.....</b>	<b>10</b>
1.1    VYMEZENÍ POJMŮ .....	10
1.2    VÝZNAM EFEKTIVNÍHO MANAGEMENTU VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	13
1.3    SPECIFIKA A OBTÍŽNOSTI ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	15
1.3.1    Vliv státu.....	15
1.3.2    Ekonomika a hospodaření ve zdravotnictví.....	16
1.3.3    Specifika ve vztahu ke klientovi.....	17
1.3.4    Etická a morální dilemata.....	17
1.3.5    Řízení lidských zdrojů.....	17
1.4    TREND VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ V MANAGEMENTU .....	19
1.4.1    Počet a rozložení zdravotnických manažerů v ČR .....	21
1.5    VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY ZDRAVOTNÍKŮ V KONTEXTU DOBRÉ PRAXE MANAŽERSKÝCH KOMPETENCÍ.....	22
<b>2. VZDĚLÁVÁNÍ V MANAGEMENTU ZDRAVOTNICTVÍ V ČR.....</b>	<b>27</b>
2.1    VYMEZENÍ POJMŮ .....	27
2.2    VÝVOJ VZDĚLÁVÁNÍ V MANAGEMENTU ZDRAVOTNICTVÍ V ČR .....	33
2.2.1    Sběr dat a analýza dokumentů .....	33
2.2.2    Historie manažerského vzdělávání pro NLZP v porevolučním období .....	34
2.2.2.1 <i>Project HOPE</i> .....	36
2.2.2.2 <i>Vysokoškolské programy</i> .....	36
2.2.2.3 <i>Specializační vzdělávání, kurzy, projekty ESF</i> .....	41
2.2.2.4 <i>MBA programy</i> .....	43
2.2.3    Současné aktivní programy managementu zdravotnictví.....	45
2.3    ČESKÝ A AMERICKÝ MODEL HODNOCENÍ FORMÁLNÍCH PROGRAMŮ MANAGEMENTU ZDRAVOTNICTVÍ.....	46
2.4    ZÁSADY VZDĚLÁVÁNÍ MANAŽERŮ.....	48
<b>3. MANAŽERSKÉ PROGRAMY A DOPAD JEJICH STUDIA DO PRAXE .....</b>	<b>53</b>
3.1    VÝZKUMNÝ ZÁMĚR .....	53
3.2    METODOLOGIE VÝZKUMU .....	54
3.3    REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	54
3.3.1    Vzorek respondentů .....	55

3.3.2	Specifikace analyzovaných programů .....	58
3.3.3	Techniky sběru dat.....	58
3.3.3.1	<i>Hlubkový rozhovor</i> .....	58
3.3.3.2	<i>Analýza dokumentů</i> .....	61
3.3.4	Zpracování dat.....	62
3.4	HLAVNÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	63
3.4.1	Operacionalizace dílčích výzkumných otázek.....	64
3.5	INTERPRETACE A DISKUZE DAT .....	66
3.5.1	Co a jak se učí manažeři zdravotnictví.....	67
3.5.1.1	<i>Hovězí maso není zdravotnictví</i> .....	67
3.5.1.2	<i>Co se učili všichni</i> .....	69
3.5.1.3	<i>Co se všichni neučili</i> .....	72
3.5.1.4	<i>Pasivita – aktivita; teorie - praxe</i> .....	82
3.5.1.5	<i>Teorie nikoho nezabije</i> .....	83
3.5.1.6	<i>„Jakopraxe“</i> .....	86
3.5.1.7	<i>Hurá do terénu</i> .....	91
3.5.1.8	<i>Někdo se učil akcí</i> .....	92
3.5.2	Manažerův rozvoj – zisk pro všechny.....	92
3.5.2.1	<i>Jiné hodnoty, jiné postoje, nová uvědomění</i> .....	93
3.5.2.2	<i>Ten umí to a ta zas tohle</i> .....	97
3.5.2.3	<i>Nemusí být vedoucí, aby uplatnili tuhle školu</i> .....	101
3.5.2	Ring volný: Česko versus Amerika .....	103
3.5.3.1	<i>Souboj kompetencí</i> .....	103
3.5.3.2	<i>Soupeři jsou ve formě</i> .....	106
3.6	SHRNUTÍ ZÍSKANÝCH POZNATKŮ .....	111
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>118</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>120</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	<b>129</b>
	<b>SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ</b> .....	<b>131</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>131</b>

## **Abstrakt**

Celosvětový důraz na zvyšování kvality a ekonomickou efektivitu zdravotních služeb klade vysoké nároky na management zdravotnických zařízení, který je oproti managementu v jiných odvětvích v mnoha ohledech specifický. Pro vedoucí zdravotnické pracovníky je stále naléhavější potřebou kromě profesní odbornosti rozvíjet i manažerskou způsobilost. V České republice existuje množství formálních i neformálních institucí, které poskytují v různých formách vzdělávání v managementu aplikovaném na zdravotnickou problematiku. Jejich vzdělávací programy jsou koncipovány rozdílně, v závislosti na profesním zaměření účastníků vzdělávání a na úrovni řízení, pro kterou jsou určeny. Nejpočetnější skupinu vedoucích zdravotnických pracovníků tvoří sestry, u kterých je manažerské vzdělávání stále poněkud opomíjenou oblastí. Tato práce se zabývá zmapováním programů manažerského vzdělávání v České republice, které jsou cíleny na nelékařské zdravotnické pracovníky, zejména sestry. Hlavním cílem práce je kritické porovnání obsahu a forem výuky vybraných studijních a vzdělávacích programů a zjištění dopadu studia na osobnostní rozvoj a jednání jejich absolventů v profesní praxi s využitím kvalitativní metodologie. Obsah a formy výuky jsou dále porovnány s požadavky standardu CAHME, kterým se řídí úspěšné formální vzdělávací programy managementu zdravotnictví v USA.

**Klíčová slova:** Vzdělávání dospělých, vzdělávací program, management, manažerské kompetence, kvalitativní výzkum, zdravotnictví, zdravotní sestra.

## **Abstract**

Global emphasis on improving the quality and economic efficiency of health services places high demands on the management of health facilities, which is in comparison to management in other sectors unique in many respects. It is an increasingly urgent need for leading healthcare professionals to develop expertise in addition to professional and managerial competence. In the Czech Republic there is a number of formal and informal institutions that provide training in management applied to health issues in different forms. Their training programs are designed differently, depending on the professional training of the participants and the level of management, for which they are intended. The most numerous group of senior medical staff consists of nurses, for which the management education is still somewhat neglected area. This thesis deals with the mapping of the state of education in the Czech Republic, which is aimed at paramedical workers, especially nurses. The main objective of this work is a critical comparison of the content and forms of teaching selected study and training programs and studies to determine the impact on personal development and professional conduct in the practice of their graduates, using a qualitative methodology. Contents and forms of education are further compared with the standard requirements CAHM governing successful formal education programs in health management USA.

**Keywords:** adult education, curriculum, management, managerial skills, qualitative research, health care, nurse.

## Úvod

Téma diplomové práce Manažerské vzdělávání v oblasti zdravotnictví a jeho dopady do praxe jsem si zvolila na základě svého zájmu o problematiku řízení zdravotnických kolektivů, který mne vedl ke studiu oboru Řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních organizacích na Fakultě humanitních studií UK.

Činnosti řízení a organizace zdravotnictví prošly za poslední desetiletí značnou proměnou. Transformace zdravotní politiky, změny v legislativě, regulace, průmyslové vztahy a nové postupy ve veřejném i soukromém sektoru zdravotní péče přináší vysoké nároky na manažerské dovednosti pracovníků ve zdravotnických službách (Harris, 2006). Vedoucí pracovníci jsou vlivem zmíněných změn pod tlakem, aby přehodnotili, co a jakým způsobem vykonávají, a osvojili si nové postoje, přístupy a dovednosti (Průša, 2010).

Zdravotnická povolání patří vlivem výrazných strategických změn, dynamického rozvoje technologií, vyšetřovacích a zobrazovacích metod, zdravotnické techniky, pracovních postupů a vysokým nárokem na kvalitu poskytovaných služeb mezi povolání nejnáročnější (Evropský sociální fond v ČR, 2010; Průša, 2010). Úroveň obtížnosti a rozsahu úkolů, před nimiž manažeři stojí, a zároveň podmínky, míra nejistoty a rizika, v nichž jsou nuceni se rozhodovat, od nich vyžadují manažerské kompetence na velmi vysoké úrovni.

Dlouhodobé výzkumy dokazují, že zdravotničtí pracovníci, kteří se průběžně kontinuálně vzdělávají, si získávají a prohlubují nejen své kompetence, ale zároveň tím zvyšují kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb (Evropský sociální fond v ČR, 2010; Průša, 2010). Dostatečná pozornost a čas věnovaný rozvoji manažerských způsobilostí zdravotníků se tak stává zásadní nutností a potřebou celé společnosti (Průša, 2010). Kontinuální odborné vzdělávání zdravotníků je dnes již všeobecně vnímáno jako samozřejmost. Naproti tomu systematický rozvoj manažerských, komunikačních a jiných interpersonálních dovedností vedoucích lékařů a zejména sester, které tvoří nejpočetnější skupinu zdravotnických manažerů, však zatím není dostatečně přijímán jako důležitý a je často chápán „... jako ,něco navíc““ (Průša, 2010).

Cílem diplomové práce je zmapování možností manažerského vzdělávání nelékařských zdravotníků v České republice, kritické porovnání obsahu a forem výuky



vybraných studijních programů a zjištění dopadu studia na osobnostní rozvoj a jednání v profesní praxi absolventů zkoumaných programů.

Práce je členěna na tři hlavní části. Teoretický základ plynule přechází do praktického kvalitativního šetření.

Úvodní hlavní kapitolu zahajuje vymezení důležitých pojmů. Následující podkapitola se zabývá problematikou vzdělávání zdravotníků v managementu jako nástroj zkvalitňování péče a ekonomického hospodaření ve zdravotnictví. Tato část práce popisuje význam efektivního řízení a organizace ve zdravotnictví, dále pak předkládá některá z hlavních specifík a obtížností tohoto odvětví jako argumenty pro potřebu vzdělávání zdravotnických manažerů v managementu aplikovaném konkrétně na zdravotnictví. Poslední část první kapitoly stručně vymezuje manažerské kompetence vedoucích pracovníků a z nich plynoucí vzdělávací potřeby pro zdravotnické manažery. Hrubé vyčíslení počtu nelékařských zdravotnických pracovníků, zastávajících pro chod zdravotnických zařízení významné vedoucí funkce, zdůvodňuje, proč se pozornost následujících kapitol zaměřuje právě na manažerské vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu a zejména zdravotních sester.

Druhá část diplomové práce předkládá historický rámec zkoumané problematiky. V úvodu jsou stručně definovány důležité pojmy vztahující se ke vzdělávání. Kapitola dále systematicky mapuje vývoj studijních a vzdělávacích programů managementu od revolučního období 1989 až do současnosti. Ucelený přehled vývoje manažerských programů vychází z údajů čerpaných z literatury a z dat získaných analýzou historických dokumentů a komunikací se vzdělávacími subjekty. Součástí kapitoly je také aktuální model hodnocení kvality studijních vysokoškolských programů v České republice, který je zde porovnán s modelem hodnocení v USA. Kapitulu uzavírá část věnovaná zásadám vzdělávání manažerů.

Třetí hlavní oddíl se pomocí kvalitativní metodologie zabývá kritickým porovnáním obsahu a formy výuky vybraných programů managementu zdravotnictví a dopady studia na osobnostní rozvoj a jednání v profesní praxi jejich absolventů. Výstupy výzkumného šetření jsou dále porovnány s požadavky amerického standardu, kterým se řídí úspěšné formální vzdělávací programy managementu zdravotnictví v USA.

Práci doplňují přílohy, vztahující se k tématům řešeným v této práci, a projekt diplomové práce.

# 1. Management zdravotnictví jako nástroj zkvalitňování péče a ekonomického hospodaření

V první kapitole je nastíněna zvyšující se potřeba kvalitního a efektivního managementu ve zdravotnictví. Nejdříve jsou zde vymezeny důležité pojmy, které se vztahují k dalšímu textu. Téma vzdělávání zdravotníků v managementu je zasazeno do teoretického rámce, tvořeného významem a specifiky managementu ve zdravotnictví. Hlavním cílem kapitoly je přednést argumenty pro potřebu vzdělávání zdravotníků v managementu aplikovaném konkrétně na zdravotnictví, dále pak prezentovat prvky dobré praxe manažerských kompetencí vedoucích zdravotníků a z nich vyplývající vzdělávací potřeby.

## 1.1 Vymezení pojmů

### Nelékařský zdravotnický pracovník (NLZP), regulace povolání

Nelékařský zdravotnický pracovník je osoba způsobilá ve zdravotnickém povolání, definovaném Zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Některé z vymezených profesí patří v rámci EU mezi **regulovaná povolání**, kde zákon určuje, jaké vzdělání a jaká oprávnění jsou k jejich výkonu nezbytná. Jedná se především o zdravotní sestry, které v celkovém počtu nelékařských zdravotnických profesí zaujímají značnou převahu (viz kapitola 1.4), ale také o porodní asistentky, fyzioterapeuty, radiologické asistenty a mnoho dalších. Zákon<sup>1</sup> určuje čtyři kategorie výkonu povolání NLZP: bez odborného dohledu (ZPBD), bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti (ZPSZ), pod odborným dohledem nebo pod přímým vedením (ZPOD), jiní odborní pracovníci (JOP).

Výkon povolání bez odborného dohledu je ze zákona podmíněn registrací, kterou po předložení žádosti zabezpečuje Registr zdravotnických pracovníků Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (NCO NZO). Odborná a specializovaná způsobilost je udělována na základě posouzení dokladu o dosažené kvalifikaci a srovnání obsahu odborné přípravy žadatele s požadavky na odbornou přípravu v ČR. Registrovanému zdravotníkovi je Ministerstvem zdravotnictví ČR vydáno „Osvědčení k výkonu nelékařského zdravotnického povolání“ (Plevová a kol., 2011).

---

<sup>1</sup> Zákon 96/2004 Sb. § 4.

Registrace je uznávána na období deseti let. Před jeho uplynutím je nutné osvědčení prodloužit na základě prokázání požadovaného počtu kreditů získaných za celoživotní vzdělávání. Cílem registrace je ochrana pacienta a motivace zdravotníků ke kontinuálnímu vzdělávání, a tím k plynulému zvyšování odborné a etické úrovně (Plevová a kol., 2011). Osvědčení k výkonu nelékařského zdravotnického povolání je také nezbytnou kompetencí k výkonu nelékařské manažerské pozice všech úrovní řízení ve zdravotnictví.

### **Hierarchie organizační struktury ve zdravotnictví**

Postupně zvyšující se nároky na organizaci a řízení zdravotnictví iniciovaly vytvoření tří základních úrovní manažerů. Jedná se o **vertikální řízení**, kde komunikace mezi nadřízenými a podřízenými směřuje shora dolů a zdola nahoru (Cejthamr, Dědina, 2010).

Řídící práce každého manažera kterékoliv úrovně řízení zahrnuje pět výchozích manažerských funkcí: plánování, organizování, personální zajištění, vedení, kontrolování. Poměr těchto funkcí je odvozen od postavení v hierarchii řízení (Gladkij, 2003) a je blíže specifikován v kap. 1.5.

**Vrcholoví manažeři** (ředitel, náměstek, hlavní sestra nebo náměstkyně pro ošetrovatelskou péči<sup>2</sup> atd.)

Vrcholoví manažeři jsou pracovníci na vrcholu manažerské pyramidy. Jejich hlavní činností je převážně strategické řízení. Soustřeďují se zejména na vize, stanovení strategických cílů a záměrů, koncepce a změny. Z pozice znalců celého systému přetvářejí nebo formují organizační strukturu. Jejich úkolem je zodpovědně koordinovat hlavní činnosti instituce (Gladkij, 2003).

**Střední manažeři** (vrchní sestry, vedoucí oddělen atd.)

Střední manažeři jsou pracovníci na pozicích vyžadujících zejména taktické vedení. Koordinují operativní činnosti, věnují se střednědobému plánování a jsou také prostředníky toku informací mezi vrcholovým a liniovým managementem. Další jejich kompetencí je uvádět v soulad koncepční i operativní záměry. Pozice středního manažera vyžaduje znalost mezilidských vztahů a efektivního personálního řízení (Gladkij, 2003).

---

<sup>2</sup> V současné době je funkce sestry v top managementu označována různými termíny. Pojem „hlavní sestra“ přetrvává spíše v malých zdravotnických zařízeních. Větší instituce používají termín ředitelka nebo náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, či pro nelékařské zdravotnické obory. Pojmenování pozice je uváděno v ženském rodě z důvodu převládající feminizace tohoto vedoucího postavení (Plevová, 2012).

### **Linioví manažeři** (staniční sestry, vedoucí úseků atd.)

Pracovní aktivitou liniových manažerů je operativní řízení, výkony spojené s každodenními úkoly, zajištění komunikace mezi vedením instituce a provozními pracovníky, denní, týdenní a dekadní plánování. Hlavním obsahem činností této základní úrovně vedoucích pracovníků je především každodenní práce a jednání s lidmi. Důraz je kladen na smysl pro spravedlnost při sankcích a odměnách (Gladkij, 2003).

S rozvojem řízení kvality poskytovaných služeb ve zdravotnictví se v posledních letech uplatňuje i **horizontální způsob** řízení, kde převládá komunikace mezi specialisty převážně jedné organizační úrovně (Cejthamr, Dědina, 2010). Manažeři se vyčleňují na základě svého zaměření a činnosti, za kterou jsou zodpovědní. Ve zdravotnických zařízeních je dnes již běžnou praxí zejména funkce **manažera kvality**, který řídí a koordinuje program kontinuálního zvyšování kvality, a v některých institucích i funkce **manažera rizik**, který identifikuje a vyhodnocuje rizika, vytváří preventivní strategie a kontroluje efektivitu nápravných opatření (Škrla, Škrlová, 2008).

Plnění manažerských funkcí všech těchto úrovní vyžaduje, aby manažer vykonával činnosti účelně, hospodárně, účinně, odpovědně, eticky, spravedlivě a v souladu s platnou legislativou (Gladkij, 2003), a aby k těmto činnostem měl také odpovídající kompetence.

### **Kompetence**

Výraz kompetence se často používá pro označení pravomocí souvisejících s postavením v hierarchii řízení a s náplní práce. Z hlediska pedagogiky jsou kompetence děleny na klíčové a profesní. **Klíčové kompetence** jsou schopnosti, znalosti a dovednosti přenositelné mezi různými profesemi, které umožňují vyšší flexibilitu a adaptabilitu jedince na trhu práce i v běžném životě (Kalousková, 2006). Patří k nim: komunikační schopnosti ústní i písemné, čtení a porozumění pracovním instrukcím, zběhlost v cizích jazycích, schopnost rozhodovat se, adaptabilita a flexibilita, schopnost týmové práce, ochota učit se, zběhlost v používání výpočetní techniky a zběhlost v zacházení s informacemi.

**Profesní kompetence** jsou úzce svázány s konkrétní odborností (Kalousková, 2006). V manažerském významu pojem „kompetence“ představuje soubor dovedností, zkušeností a znalostí, a současně i charakterové vlastnosti, projevující se v určitém vzorci chování (Hroník, 2007; Lojda, 2011). Kompetence vyjadřují schopnosti vykonávat kvalifikovaně

určitou činnost a ve stanoveném čase a požadované kvalitě ji dokončit. Lojda (2011) poukazuje také na schopnost flexibilního konání v souvislosti s měnícími se okolními podmínkami. Mezi základní manažerské kompetence řadí schopnost samostatného rozhodování, dotahovat věci do konce, reagovat na měnící se podmínky, sebevzdělávání a učení, flexibilitu a inovativnost při řešení úkolů (Lojda, 2011).

Šuleř (2008: 17) uvádí, že *„(z)ákladem pro vznik kompetencí je osobní potenciál manažera. Jeho rozvojem dochází k naplňování požadavků na úspěšný výkon manažerské pozice. Každý manažer by se měl snažit posoudit vlastní úroveň kompetencí a uvědomit si potřeby svého dalšího rozvoje.“*

Kompetence potřebné k výkonu současného nebo cílového pracovního zařazení lze identifikovat pomocí analýzy rozvojových potřeb a porovnat je se stávající úrovní kompetencí manažera. Tímto způsobem zjištěný rozdíl mezi požadovanou a skutečnou kompetencí manažera určuje vzdělávací potřebu (Šuleř, 2008).

### **Vzdělávací potřeba**

Vzdělávací potřeba je dle Bartoňkové (2013) hypotetický stav, který je buď uvědomovaný, nebo neuvědomovaný. Jedinec postrádá dovednosti nebo znalosti, které jsou významné pro zachování fyzických, psychických a společenských funkcí. Tím je ovlivněna jeho další existence. Dalo by se říci, že vzdělávací potřeby jsou intervalem mezi předem definovaným standardem výkonnosti a aktuálním výkonem. Vznikají snahou jednotlivce o dosažení rovnováhy mezi potenciálním sociálním a pracovním uplatněním a jeho možnostmi. Vzdělávací potřeby *„... jsou ovlivněny především trhem práce, ale i vlivy osobnostními a společenskými.“* (Bartoňková, 2013: 12).

## **1.2 Význam efektivního managementu ve zdravotnictví**

Zdravotnictvím nazýváme soubor zařízení, postupů a opatření, které společně tvoří organizovaný systém poskytování zdravotní péče. Zvyšování kvality zdravotní péče je celosvětovým úsilím, které se potýká s mnoha ekonomickými, etickými i personálními problémy. Markar a O'Sullivan (2012: prefix) uvádějí, že *„(z)dravotnické služby po celém světě jsou pod tlakem, který je nutí zvyšovat svoji efektivitu a poskytovat kvalitnější péči s menšími finančními náklady, tváří v tvář rostoucí poptávce související s demografickými*

*změnami, vzniku stále dražších způsobů léčby a tlaku vlády omezit výdaje na zdravotnictví.“<sup>3</sup>*

Zpřísnování nároků na kvalitu zdravotních služeb a na ekonomické hospodaření ve zdravotnictví vyvolává zvyšující se potřebu uvědomělého managementu. Hroboň (2012) vyslovuje názor, že nejmoderněji postavené zdravotnické zařízení nemůže fungovat bez dostatečně vzdělaných odborníků a bez vhodných organizačních podmínek. Podle něj je takové zařízení, které má dobrou úroveň řízení, schopné poskytnout nejen kvalitní péči svým nemocným, ale také dobré pracovní podmínky a odpovídající ohodnocení svým zaměstnancům. Stejně tak i Hejduková (2011) je přesvědčena, že s úrovní kvality poskytovaných služeb značně souvisí efektivní řízení, kontrola a zpětná vazba.

Praktickým potvrzením důležitosti kvalitního managementu ve zdravotnictví jsou například výsledky projektu „Management in Healthcare: Why good practise really matters“, který realizovala v letech 2006–2009 společnost McKinsey & Company<sup>4</sup>. Výzkumným šetřením ve stovkách státních i soukromých nemocničních zařízení v USA, Kanadě, Velké Británii, Německu, Švédsku, Francii a Itálii bylo kupříkladu potvrzeno, že zkvalitnění managementu nemocnic úzce souvisí s významným snížením úmrtnosti na infarkt myokardu a zlepšením ekonomického hospodaření (McKinsey & Company, 2011).

K problematice managementu ve zdravotnictví prohlašuje Hejduková (2011: 116), že: *„(n)a fungování a organizaci samotného zdravotnického zařízení jakožto i na jiný podnik má vliv management dané instituce.“* Podle Hejdukové (2011: 116) v oblasti managementu *„... ještě v dnešní době mnoho zdravotnických institucí značně ‚pokulhává‘ za jinými institucemi, i když se pomalu i v této oblasti začínají prosazovat principy strategického řízení, řízení kvality či nové informační technologie.“* Hejduková (2011) dále tvrdí, že v České republice stále v mnoha zdravotnických zařízeních chybí manažerské vzdělání vedoucích pracovníků vrcholového i středního managementu. Tato situace pak přispívá k problémům nižší produktivity práce, vysokých nákladů, nepřehlednému financování zdravotnických zařízení a nevhodné spolupráci s obchodními partnery. Souček a Burian (2006) pro zvýšení efektivity a kvalitnějšího řízení

---

<sup>3</sup> Pozn. vlastní překlad autora práce: *„Health services across the world are under pressure to become more effective and to deliver better quality care for less in the face of increasing demand related to demographic changes, the emergence of ever more expensive treatments, and government pressure to limit the spend on health.“*

<sup>4</sup> Ve spolupráci s akademiky Stanfordské a Harvardské univerzity a s Centre for Economic Performance at the London School of Economics.

zdravotnických zařízení doporučují používat důsledně ty nástroje, které jsou účinné v řízení nezdravotnických oborů, ale zároveň nejsou v konfliktu s podstatou a charakterem zdravotnických činností.

Ve shodě s výše zmíněnými názory volí moderní zdravotnická zařízení stále častěji pro obsazování vedoucích pozic zdravotnické pracovníky, kteří již absolvovali některý z dostupných vzdělávacích programů zaměřených na management zdravotnictví, případně po pracovnících ve vedoucích pozicích doplnění tohoto typu vzdělání požadují (Malina, 2013). Důkazem, na který Malina (2013: 55) poukazuje, „... může být inzerce a výběrová řízení, která slouží k vyhledávání vhodných pracovníků pro nejrůznější zdravotnické řídicí funkce. Jedním z požadavků, které se často objevují, bývá požadavek na řídicí a organizační schopnosti a dovednosti uchazeče.“

Zdravotnictví je obor vykazující oproti technickým oborům celou řadu specifík, která ve svém důsledku kladou zvláštní nároky na všechny pracovníky, ale především na manažery (Hekelová, 2012). Podle Hekelové (2012: 9) „... v některých situacích obecně platné učebnice managementu kvůli těmto specifickým prostě přestávají ‚fungovat‘“.

### **1.3 Specifika a obtížnosti řízení ve zdravotnictví**

Ve zdravotnických zařízeních probíhají stejné ekonomické procesy jako v jiných podnicích, proto je lze podle Hejdukové (2011) chápat jako firmy. Připouští však, že vůči jiným institucím mají tato zařízení i svá důležitá specifika.

Gladkij (2003: 84) je přesvědčen, že „... právě pro ony specifické znaky nelze většinu organizací v procesu řízení řídit stejně jako hospodářské organizace a posuzovat jejich činnost podle kritérií používaných pro hodnocení hospodářských organizací.“

Nejvýznamnější znaky, způsobující obtížnost řízení zdravotnických zařízení a služeb, se týkají několika důležitých oblastí, které následně uvádíme.

#### **1.3.1 Vliv státu**

Stát v ekonomicky vyspělých zemích „... spoluzodpovídá za dostupnost zdravotní péče a rovněž za efektivní využívání zdrojů ve zdravotnictví.“ (Gladkij, 2003: 82). Strategie zdravotní péče je budována v souladu s filozofií sociální spravedlnosti, solidarity a humanismu. Z těchto principů vychází uskutečňování organizace a financování zdravotní

péče nikoli formou uplatnění pravidel volného trhu, ale formou státní či vládní regulace zdravotnictví, s využitím principu povinného zdravotního pojištění (Gillnerová, Kebza, Rymeš, 2011). Systém úhrady zdravotních služeb je založen na regulovaných, pevně stanovených cenách za výkon, a tím dochází k oslabení zásady fungování tržního mechanismu na základě nabídky a poptávky (Gladkij, 2003).

Jednou z dalších příčin složitosti řízení zdravotnických zařízení je také mimořádně silný vliv centrálních institucí (MZ ČR, MŠMT, SÚKL a další), jejichž rozsáhlé kompetence rozhodování managementu zdravotnických zařízení limitují (Souček, Burian, 2006).

### **1.3.2 Ekonomika a hospodaření ve zdravotnictví**

Výrazněji než v jiných oborech je ve zdravotnictví patrný základní obecný rozpor, který je typický pro ekonomické subjekty: pro neomezené potřeby jsou k dispozici omezené zdroje (Drlíková, 2007).

Řada zdravotnických subjektů se nachází v trvalé ztrátě, přestože příliv finančních prostředků do zdravotnictví vzrůstá. Tento problém, se kterým je možné se setkat i v ekonomicky vyspělých státech, je mnohdy zapříčiněn nevhodným způsobem financování, neefektivním využíváním prostředků a nedostatečnou kontrolou (Drlíková, 2007). Jednotlivé zainteresované subjekty, kterými jsou ve zdravotnictví vlastníci či zřizovatelé, plátcí, klienti a zdravotničtí pracovníci, mají často až protichůdné zájmy vyvolávající v kontextu klíčových postojů zdravotnictví, jako je dostupnost, rovnost a kvalita, někdy až téměř neřešitelné rozpory (Hekelová, 2012).

Významně ovlivňují ekonomiku zdravotnického systému a jeho celkovou spolehlivost také dodavatelé léků, zdravotnické techniky, zboží a služeb. Úkolem manažerů zdravotnických zařízení je, aby spolupracovali s takovými dodavateli, kteří jsou spolehliví a uplatňují při obchodních kontaktech se zdravotnickým zařízením rozumnou cenovou politiku (Gladkij, 2003).

Principy hospodárnosti platí podle Součka a Buriana (2006) ve zdravotnictví stejně jako v jiných institucích, mají však jiný zorný úhel. „*Cílem není maximální snížení nákladů, nýbrž využití disponibilních zdrojů k poskytnutí optimální péče co nejširšímu okruhu pacientů.*“ (Souček, Burian, 2006: 22).



### 1.3.3 Specifika ve vztahu ke klientovi

Potřeby zdravotní péče nekorelují s poptávkou po péči. Skutečné potřeby se mění v závislosti na mnoha faktorech a velmi těžko se zjišťují (Gladkij, 2003). Odlišný je i vztah klienta a poskytovatele služby. Zájem o službu je vyvolán problémem se zdravotním stavem, přičemž zejména v akutních stavech nelze službu klientovi odepřít (Hejduková, 2011). V jiných odvětvích je kvalitně poskytovaná služba předpokladem k získání finančně výhodnějšího stálého zákazníka, naopak lépe a rychleji vyléčený pacient potřebu služby ztrácí a přestává zdravotnickému zařízení generovat finanční příjem (Hekelová, 2012).

Klienti nemají odbornou erudici a nejsou většinou schopni posoudit užitečnost, účel a kvalitu odbornosti použitých léčebných postupů (Gladkij, 2003). Hodnotí především takzvanou konvenenci, kam spadá například komunikace ze strany zdravotnického personálu, objednáací a čekací lhůty, dostupnost, čistota zařízení, v případě nemocnic kvalita stravy a další (Hekelová, 2012).

### 1.3.4 Etická a morální dilemata

Zdravotnictví má vliv na život, jeho kvalitu a zdraví, tedy na nezákladnější hodnoty člověka, z toho důvodu je od manažerů očekáván vyhraněnější etický přístup k jednotlivým rozhodnutím (Plevová, 2012). Prostředky využívané ve zdravotnictví, jako jsou moderní přístroje, léky nebo léčebné postupy, jsou stále nákladnější. Přestává být možné je poskytovat všem potřebným pacientům plošně, a tím vznikají velká etická dilemata (Hekelová, 2012).

Etické aspekty zdravotní péče jsou určovány množstvím etických kodexů, které definují vztahy mezi zdravotníky a nemocnými, zdravotníky navzájem, a vytyčují obecné etické základy při výkonu jejich povolání. Morální konflikty a rozpory vznikají v situacích, kdy zdravotník musí učinit rozhodnutí. Podle slov Kutnohorské (2007) je dilema tím větší, čím je těžší předvídat důsledky určitých činů. Řešení lze často dosáhnout kompromisem, avšak „... *takový kompromis ve zdravotnictví není možný při rozhodování mezi životem a smrtí.*“ (Kutnohorská, 2007: 13).

### 1.3.5 Řízení lidských zdrojů

Oproti ekonomickým odvětvím je ve zdravotnictví nezbytný více uvědomělý postoj k řízení lidských zdrojů. Zdravotničtí pracovníci jako příslušníci pomáhající profese jsou

všeobecně více ohrožení vznikem syndromu vyhoření a ztrátou motivace. Je na ně kladen trvalý a nekompromisní požadavek na nekolísající výkon a vysoké pracovní nasazení (Raudenská, Javůrková, 2011). Jejich služby v řadě případů nemají přesné časové ukončení. Na zdravotnické pracovníky jsou také kladeny vysoké morální požadavky a zodpovědnost. Jejich pochybení a špatná rozhodnutí mohou mít nevratné až fatální následky v ohrožení zdraví nebo dokonce života (Gladkij, 2003).

Na základě výzkumů sociálně-psychologických souvislostí vzniku syndromu vyhoření, prováděných v posledních letech, „... *existuje předpoklad, že syndrom je spíše systémovou než osobní záležitostí. Je signálem něčeho, co nefunguje dobře v organizaci: například v nemocnici se můžeme setkat s několika postiženými na jedné klinice, zatímco na ostatních klinikách jsou zaměstnanci bez obtíží.*“ (Raudenská, Javůrková, 2011: 145).

Výrazným fenoménem zdravotnictví je také feminizace oboru na pracovních místech sester. V České republice tvoří muži zatím podle odhadů maximálně 3–5 % sester. Celosvětový průměr je okolo 11 %, zatímco například v Holandsku činí podíl mužů-sester 23 % (Adamczyk, 2010). Nízká přítomnost mužského prvku v ošetrovatelství ovlivňuje výrazně atmosféru na pracovišti. Podle Hekelové (2012) jsou ženy emotivnější než muži, a tím je odlišná jejich komunikace jak s kolegy, tak i s pacienty. Horváthová (2008) upozorňuje na rozdíly ve způsobu práce, kdy ženy i muži dokážou vyřešit totožný problém, ovšem k řešení obvykle použijí rozdílné metody. Plevová (2012) mezi odlišnosti přístupu žen a mužů v kolektivu řadí vyšší empatii a intuitivnější jednání žen, ale také jejich vyšší sklon drammatizovat situaci a hůře snášet kritiku. Tyto vlastnosti ženského kolektivu je podle Plevové (2012) potřeba zohledňovat při jeho řízení a motivování.

Ke specifikům řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví můžeme přiřadit i skutečnost, že mezi profesně specializovanými týmy je z důvodu mezioborových pracovních aktivit nutný vysoký stupeň koordinace (Gladkij, 2003). Výkony zdravotníků na sebe navazují a jsou na sobě závislé. Úlohou vedoucích pracovníků je vytvořit a zavést postupy „... *které zajišťují návaznost a koordinaci poskytované zdravotní péče.*“ (Joint Commission International, 2009: 67).

Všechna tato i další specifika zdravotnictví dokladují složité nároky, se kterými se vedoucí pracovníci tohoto oboru potýkají. Znalost managementu má proto podle Maliny (2013) pro vedoucí zdravotníky v dnešní době stejnou důležitost, jako jejich vzdělání odborné.

## **1.4 Trend vzdělávání zdravotníků v managementu**

Dokument Evropského parlamentu Zpráva k tématu „Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013“ (2008: 11) zdůrazňuje, že „... *regionální a místní zdravotnické orgány v mnoha členských státech často odpovídají za plánování, řízení, činnost a rozvoj odvětví zdravotnictví a často také nesou finanční odpovědnost za toto odvětví, disponují důkladnými znalostmi a pochopením odvětví zdravotnictví a uplatňování politiky v oblasti ochrany zdraví...*“. S tím souvisí vzrůstající poptávka po manažersky vzdělaných zdravotnících. Ve světě je vzdělávání zdravotníků v managementu jednou z nejrychleji se rozvíjejících oblastí (Hroboň, 2010). V popředí zájmu jsou programy mířené přímo na organizaci a řízení ve zdravotnictví před obecnými MBA typy. Ve Velké Británii nebo ve Spojených státech nabízí specializované vzdělávací programy v managementu zdravotnictví desítky univerzit (Hroboň, 2010).

V České republice je vzdělávání zdravotníků v managementu v zorném úhlu nabídky a zájmu teprve od porevolučního období. Za poslední desetiletí vzniklo na základě poptávky společnosti několik vysokoškolských programů, z nichž však v současnosti zůstává aktivních jen pár. Vzdělávání zdravotníků v manažerských a řídicích disciplínách se přesouvá spíše do podoby specializačního vzdělávání a krátkodobých kurzů z evropských dotací. Ministerstvo zdravotnictví ČR v minulých letech realizovalo v oblasti specializačního vzdělávání obor Řízení a organizace zdravotnictví, dále v období roku 2010–2013 probíhaly kurzy a vzdělávací programy managementu zdravotnictví v rámci projektů financovaných z operačních programů Evropského sociálního fondu. Podrobnému vývoji a současnému stavu manažerského vzdělávání zdravotníků je věnována kapitola 2.2.2.

Zvolna narůstá také počet vedoucích sester, které absolvovaly speciální výuku zaměřenou na získání titulu MBA. Například v nemocnicích v Praze (IKEM, Thomayerova nemocnice, Nemocnice Motol, UVN, FNKV), ale i v dalších městech (Příbram, České Budějovice, Benešov, Olomouc a další) vedou sektor ošetrovatelské péče hlavní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči s MBA vzděláním<sup>5</sup>.

V kontextu rostoucí potřeby kvalitního managementu ve zdravotnictví navrhuje Hejduková (2011) zařadit požadavek na manažerské vzdělání vedoucích pracovníků do parametrů kvality, minimálně v rámci prohloubení kvalifikace. Souček a Burian (2006)

---

<sup>5</sup> Údaje zjištěny vlastním průzkumem managementu nemocničních zařízení ČR.

navíc doporučují realizovat zásadu, že funkci manažera ve zdravotnické instituci zastává buď manažer – profesionál, který má znalosti z oboru medicíny a zdravotnictví, nebo zdravotnický pracovník, který ovládá principy managementu. „*Oběma těmito skupinám pracovníků je nutné poskytnout příslušné vzdělání, resp. přimět je, aby toto vzdělání získali.*“ (Souček, Burian, 2006: 25). Ve stejném duchu se vyjadřuje i Goldsmith (2011), podle nějž jsou efektivní zdravotničtí manažeři ti, kteří mají znalosti o systému zdravotní péče, ve kterém působí, mají schopnost řídit a ovládají manažerské dovednosti, které také umí v prostředí zdravotních služeb uvážlivě aplikovat.

Přijetí myšlenky, že každý zdravotnický manažer by měl mít vzdělání v managementu a má mít možnost se v tomto oboru celoživotně vzdělávat, vyvolává podle Maliny (2013) nejprve potřebu určit, jaký je počet řídicích pracovníků v českém zdravotnictví.

### 1.4.1 Počet a rozložení zdravotnických manažerů v ČR

Odhad celkového počtu vrcholových a středních manažerů resortu zdravotnictví v České republice vyčísľuje Tabulka 1.

**Tabulka 1: Odhad celkového počtu vrcholového a středního managementu ve zdravotnictví na území České republiky (Malina, 2013: 56)**

	TOP management	Střední management
Ministerstvo zdravotnictví	35	100–120
Krajská správa	14	56–84
Hygienická služba	42–70	196–252
Zdravotnická zařízení	1179–1748	6880
Záchranná a dopravní služba	114–128	378–477
VZP	221	618
Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny	63–97	75
Celkem cca	2000	8000

V tabulce chybí nejnižší liniová úroveň řízení a není zde ani zohledněno, jaký podíl tvoří lékaři, nelékařští zdravotničtí pracovníci a pracovníci jiných profesí. Počet liniových manažerů a počet nelékařských zdravotníků v managementu nemocnic však můžeme na základě znalosti hierarchie řízení a organizace zdravotnických zařízení zhruba odvodit.

Z tabulky je zřejmé, že největší podíl vedoucích pracovníků nalézáme ve zdravotnických zařízeních na pozici středního managementu. V závislosti na organizační pyramidě, ve které platí, že čím je úroveň řízení zdravotnické instituce nižší, tím je větší počet úseků a tedy i vedoucích pracovníků, lze usuzovat, že manažerů liniových je vyšší počet než středních.

Zdravotnická ročenka ČR 2012 (2013) uvádí, že podíl odborných pracovníků ve zdravotnictví v roce 2012 byl **83 %**, z toho nejpočetnější skupinu **52 %** představovali

nelékařští zdravotničtí pracovníci bez odborného dohledu. Současně ročenka potvrzuje celkový počet **46 966** lékařů, **78 371** sester a **23 246**<sup>6</sup> pracovníků ostatních nelékařských zdravotnických povolání v České republice. Uvedená čísla jasně demonstrují, že sestry převyšují počet lékařů, ale několikanásobně i počet ostatních nelékařských zdravotníků v ČR, což při porovnání se strukturou organizační pyramidy zdravotnických zařízení vede k závěru, že nejvíce manažerských pozic ve zdravotnictví zastávají právě sestry.

Sestry podle Jarošové (2007: 7) „... představují nejpočetnější skupinu zdravotnického personálu...“. Sestry jsou také „... stále častěji považovány za základní zdroj většiny strategií pro reformu zdravotnictví.“ (Jarošová, 2007: 7). Proto musí být vzdělávány jako kompetentní vedoucí, kteří jsou schopni flexibilně reagovat na změny a podpořit ostatní, aby se změnám dokázali přizpůsobit (Grohar-Murray, DiCroce, 2003). Z toho důvodu jsou další části této práce zaměřeny na manažerskou problematiku a manažerské vzdělávání především sester a některých nelékařských zdravotnických pracovníků podílejících se na manažerských pozicích.

## **1.5 Vzdělávací potřeby zdravotníků v kontextu dobré praxe manažerských kompetencí**

Úspěšnost na manažerské pozici se podle Lojdy (2011) v základu odvíjí od lidských kvalit manažera, míry poznání sebe sama, schopnosti sebeřízení, reflexe a sebereflexe. Dobrou praxí je uvědomit si svůj současný styl vedení a vliv na ostatní, rozpoznat svoje přednosti a identifikovat, co je potřeba dělat lépe a co je nezbytné se naučit. Dalším požadavkem je pak znalost a uplatňování řídicích praktik, takzvaných tvrdých dovedností, a zvládnání dovedností souvisejících s vedením lidí, označovaných jako dovednosti měkké. Ve zdravotnickém sektoru je při těchto činnostech žádoucí respektovat výše zmíněná specifika odvětví. Čím lépe manažer rozumí dynamice procesů v organizaci, tím lépe je schopen ji řídit, nebo se na řízení a organizaci instituce podílet (Lojda, 2011; Průša, 2010).

Cejthamr a Dědina (2010) shrnují obecné působení vedoucího pracovníka v organizaci do několika kroků:

- základní funkce: rozhodování, plánování, organizování, vedení, kontrolování, koordinování,

---

<sup>6</sup> Zaokrouhleno na celá čísla.

- práce s lidmi: vedení, motivování, odměňování,
- odpovědnost za úspěšný chod útvaru, týmu i celé instituce: koncepční myšlení, strategické řízení, otevřenost vůči změnám a jejich řízení,
- aktivity pro organizaci: zvyšování výkonnosti, uplatňování nových přístupů, metod a technik v managementu,
- práce sám na sobě: rozvoj vlastních organizačních dovedností, znalostí, ale i dovednost efektivně relaxovat pro pozdější kvalitnější a výkonnější práci.

V každé úrovni managementu mají činnosti manažerů odlišné zaměření a poměr způsobilosti (Drlíková, 2007). Podle Plevové (2012) je jedním ze základů efektivity vedení pochopení různých stupňů odpovědnosti a kompetencí. Časový poměr základních aktivit znázorňuje Tabulka 2:

**Tabulka 2: Časový poměr aktivit manažerů jednotlivých úrovní řízení (Bělohávek, Košťan, Šuleř, 2006)**

Liniový management	Střední management	Vrcholový management
plánování	plánování	plánování
organizování		
vedení	organizování	
kontrolování	vedení	organizování
	kontrolování	vedení
	kontrolování	kontrolování

Jednotlivé úrovně řízení ve zdravotnictví vyžadují různé typy znalostí, dovedností a postojů, které jsou od zmíněných hlavních manažerských funkcí odvozeny:

- plánování: vymezení cílů a strategií, ekonomické myšlení,
- organizování: rozhodování, delegování, koordinace činností týmu,
- vedení: motivace, pracovní náplně, zpětná vazba na pracovní výkon, odměňování,

- kontrola: kontrola kvality poskytovaných služeb, stanovení standardů, kontrola souladu pracovních postupů se směrnici (Harris, 2006; Hekelová, 2012).

Řízení se tedy dělí na řadu jednotlivých procesů, které slouží k dosahování výsledků „... pomocí efektivního získávání, rozdělování, využívání a kontrolování všech potřebných zdrojů...“ (Armstrong, 2008: 27). Nestačí však být jen dobrým manažerem materiálních zdrojů, je potřeba být také dobrým vůdcem lidí. V posledních letech je dobrou praxí vedení lidí nedirektivním způsobem, takzvaný **leadership**, který je souborem vlastností, schopností a dovedností. Leadership je proces sdělování vize budoucnosti, motivace a získávání oddanosti a angažovanosti zaměstnanců. Leader (vůdce) k udržování efektivních vztahů na pracovišti a k vedení jednotlivců i skupin k efektivnímu plnění úkolů využívá svoji zapálenost pro cíl, empatii a sociální dovednosti (Armstrong, 2008).

Hekelová (2012) je přesvědčena, že všechny manažerské aktivity ve zdravotnictví prostupuje a výrazně ovlivňuje **komunikace**. Pro výkon zdravotnických povolání je právě komunikace podle Ptáčka a Bartůňka (2011) jedním ze základních předpokladů. Manažerský úspěch ze 75–80 % závisí na tom, jak člověk ve vedoucí pozici jedná a komunikuje s lidmi, jakým způsobem je povzbuzuje a motivuje, a jak řeší spletité a konfliktní situace. Odborné kompetence ovlivňují úspěch pouze z 20–25 %. Tento nepoměr potvrzuje skutečnost, že úspěch vedoucího pracovníka závisí zejména na tom, jakou formou své myšlenky prosazuje (Hekelová, 2012). Umění komunikace popisují Ptáček a Bartůňek (2011: 37) jako celou řadu konkrétních postupů a dovedností, které „... je třeba se učit a naučit.“

Transformace v procesu zkvalitňování systému zdravotní péče a ekonomického hospodaření přináší časté změny v zavedených postupech a zvyklostech zdravotnických pracovišť. Proto je pro vedoucího pracovníka ve zdravotnictví nezbytnou kompetencí také umění **rozpoznat a pozitivně ovlivňovat organizační kulturu** zdravotnické instituce, dále pak i dovednost **zavádění změny** v organizaci s ohledem na specifika řízení zdravotnického personálu. To potvrzuje například Hospodářová (2008), která je přesvědčena, že znalost neměnných zákonitostí při zavádění změn je pro manažera nezbytná. Jako nejčastější příčinu selhání a neúspěchu udává „...neznalost procesu zavádění změny, nedostatek zkušeností a podceňování takzvaných 'měkkých' faktorů – komunikace s lidmi, firemní kultury a vzájemných vztahů.“ (Hospodářová, 2008: 61).



Na organizační kulturu a význam její znalosti pro manažera se odkazuje také Gladkij (2003). Ve své publikaci věnované managementu zdravotnictví upozorňuje na nutnost opatrnosti a důvtipu manažera, který by si měl všímat toho, co se skrývá pod povrchem chování zaměstnanců. Zároveň by měl vytvořit takovou kulturu, která bude mimo jiné podněcovat změnu, motivovat a vést lidi. „*Prostřednictvím nepozorného nebo mizerného vedení může právě institucionální kultura brzdit vývoj, odradit inovaci nebo pěstovat nedůvěru.*“ (Gladkij, 2003: 177).

Další podstatnou stránkou činností vedoucího pracovníka ve zdravotnictví, a současně vzdělávací potřebou, je **etické jednání**. Kromě specifické profesní etiky jsou pro zdravotnického manažera velmi významné i etické postupy personálního řízení. Kociánová (2012) uvádí, že etickou personální politiku organizace reprezentuje spravedlivé rozhodování týkající se výběru pracovníků, odměňování, povyšování, propouštění apod., zatímco Dytrt (2006) nepřímou poukazuje na nezbytnost etiky v managementu míněním, že její absence přináší pracovníkům na všech úrovních řízení nejistotu a zdůvodňuje jim rozšiřování nežádoucích praktik. Dytrt (2006: 15) vyslovuje také tvrzení, že „... *vůdcem se může stát každý, kdo vyvine potřebné úsilí. Jde o získání potřebné kvalifikace a osvojení metod etického myšlení a rozhodování.*“

Neméně důležitou dovedností zdravotnického manažera je také **time management**. Efektivní řízení času vyžaduje sebeřízení a disciplínu (Forsyth, 2013). Manažer se vždy pohybuje v časovém rámci a nedokáže-li nakládat se svým časem, nedosahuje ani on, ani jím vedený tým, dobrých výsledků (Hekelová, 2012). Trvalý časový stres je jedním z rizikových faktorů pro vznik syndromu vyhoření, který je právě u zdravotnických povolání častým jevem. Naopak umění nedostat se pod časový tlak a schopnost vytvořit optimální časový plán pracovních úkolů nejen vlastních, ale i celého týmu, je faktorem protektivním (Raudenská, Javůrková, 2011).

University of Saint Francis v USA uskutečnila před rokem 2010 studii, která zkoumala míru důležitosti padesáti manažerských znalostí, dovedností a schopností z pohledu zdravotnických manažerů a jejich profesní praxe. Na předních místech žebříčku se umístilo efektivní řízení konfliktů, etické jednání, kreativní řešení problémů, motivace pracovníků, delegování, efektivní vedení porad a překvapivě i využití výpočetní techniky (Stowe et al., 2010).

Zdravotničtí pracovníci si vlivem tlaku na snižování nákladů, interpersonálních vztahů, nových směrů v týmové práci (např. narůstající mezioborová spolupráce), rozvojem technologií a v neposlední řadě vlivem kontinuálního zkvalitňování péče, sami postupně uvědomují potřebu zvládnutí manažerských kompetencí. Vítají nebo sami vyhledávají možnost se v oblasti managementu vzdělávat. Důkazem jsou například plně obsazené kurzy managementu pořádané v rámci ESF v letech 2012–2013 (viz kap. 2.2.2.3).

Je však třeba si položit otázku, zda svým specifickým odborným zaměřením a kvalitou stávající nabídky vzdělávacích aktivit odpovídá vzdělávacím potřebám a společenské poptávce (Malina, 2013).

## 2. Vzdělávání v managementu zdravotnictví v ČR

Druhá kapitola je zaměřena na programy manažerského vzdělávání ve zdravotnictví v České republice od porevolučního období do současnosti. Nejdříve jsou zde stručně definovány základní pojmy vztahující se ke vzdělávání a vzdělávacím institucím. Prvním sdělením kapitoly je historický kontext vzdělávání nelékařských zdravotníků v managementu aplikovaném konkrétně na zdravotnickou problematiku v České republice a stávající možnosti tohoto vzdělávání. Zmíněny jsou takové programy, které se vzhledem k odbornému vzdělávání zdravotníků, postrádajícímu matematické, fyzikální, chemické či technické zaměření, jevíly jako dostupné a obsahově přiměřené pro vedoucí pracovníky nelékařských zdravotnických povolání, zejména zdravotní sestry, nebo pro ně byly přímo určeny. Pozornost je dále věnována českému modelu hodnocení vysokoškolských programů a jeho konfrontaci s úspěšným modelem americkým. V závěru kapitoly jsou zdůrazněny principy vzdělávání dospělých a zásady vzdělávání manažerů, které by měly být základním kamenem při tvorbě efektivních vzdělávacích programů managementu zdravotnictví.

### 2.1 Vymezení pojmů

#### Vzdělávání

Váchal, Vochozka a kol. (2013) popisují vzdělávání jako výjimečně silný prostředek pro rozvoj kompetencí a zvýšení konkurenceschopnosti k udržení tempa se změnami ekonomiky, technologie a prostředí. Cílem vzdělávání je podle Šuleře (2008) dosažení trvalých změn znalostí, dovedností a postojů, které spočívá zejména v předávání potřebných informací. Plamínek (2014: 35) vzdělávání chápe jako „*záměrné organizované učení, které je výsledkem vědomého úsilí vzdělavatele.*“, kdy účastník je vzděláván jak na úrovni vědomé tak i nevědomé. Úspěch vzdělávání závisí na dvou zásadních faktorech: jaká je míra užitečnosti obsahu učení a jak efektivní je metoda učení (Plamínek, 2014).

Vzdělávání jedince probíhá několika způsoby. **Formální vzdělávání** realizují vzdělávací instituce a jeho funkce, cíle, obsahy, organizační formy a způsoby evaluace vymezuje státní legislativa. Jedná se o ucelený stupeň vzdělávání. Absolventi získávají potvrzení typu diplomu, vysvědčení, certifikátu apod. Oproti tomu **neformální vzdělávání** je realizováno formou kurzů, seminářů apod. Jeho cílem je poskytnout vědomosti, zkušenosti, dovednosti a kompetence, které jedinci pomohou zlepšit jeho společenské a pracovní uplatnění. Do neformálního vzdělávání náleží např. odborné kurzy (autoškola,

kurzy jazyků atd.), krátkodobá školení a přednášky. Oba tyto způsoby jsou institucionálně organizované, zatímco **informální vzdělávání** je každodenní proces učení ze zkušeností, ze sociálního prostředí a z osobních kontaktů (Veteška, 2010).

Celosvětově je významná pozornost věnována **celoživotnímu učení**, které obsahuje všechny zmíněné formy vzdělávání, a „... *předpokládá prolínání a doplňování uvedených forem učení v průběhu celého života.*“ Celoživotní učení zahrnuje veškeré „... *vzdělávací aktivity jedince, které mají za cíl rozvoj jeho znalostí, dovedností a kompetencí a zároveň umožňují jak osobní růst, tak občanské a profesní uplatnění.*“ (Veteška, 2010: 10).

Vzdělávání v období dospělosti má však své specifické principy a zákonitosti, které reflektují potřeby a cíle spojené s vývojem společnosti a berou v potaz edukační realitu dospělých. Zmíněnými principy se zabývá vědní obor **andragogika**. Vzdělávání dospělých je podle výzkumů velmi významnou a rostoucí složkou celoživotního učení (Rabušicová, Rabušic, 2008). Problematika vzdělávání podle andragogických principů je vzhledem k úzkému vztahu se vzděláváním v managementu ve zdravotnictví a výzkumnému záměru této práce podrobněji zpracována v kapitole 2.4.

### **Terciární stupeň vzdělávání – vysoké školy**

Vzdělávací soustava České republiky je členěna na primární, sekundární a terciární stupeň. Všechny stupně vzdělávací soustavy jsou definovány mezinárodní klasifikací ISCED<sup>7</sup>, která byla vypracována a vydána UNESCO pro jednotné pojmenování stupňů školního vzdělávání mezi jednotlivými státy (Mezinárodní klasifikace vzdělání /ISCED 97/, 2008; Skalková, 2007).

Terciární stupeň zahrnuje vyšší odborné školy, vysoké školy, univerzity a konzervatoře. Činnost vysokých škol se řídí Zákonem o vysokých školách č. 111/1998 Sb. Tento zákon definuje vysoké školy jako „... *nejvyšší článek vzdělávací soustavy jsou vrcholnými centry vzdělanosti, nezávislého poznání a tvůrčí činnosti a mají klíčovou úlohu ve vědeckém, kulturním, sociálním a ekonomickém rozvoji společnosti...*“ (Zákon 111/1998 Sb. § 1). Poslání vysokých škol je uskutečňováno nejen realizací akreditovaných studijních programů a programů celoživotního vzdělávání, ale i vědeckou, výzkumnou,

---

<sup>7</sup> ISCED (International Standard Classification of Education) – mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání.

vývojovou, tvůrčí či uměleckou činností. Typy studijních programů se dělí na bakalářské, magisterské a doktorské (Zákon č. 111/1998 Sb.).

### **Kurikulum, vzdělávací (studijní) program**

**Kurikulum** je pojem používaný v různém pojetí. V omezeném smyslu znamená určitý dokument, ve kterém jsou popsány způsoby a strategie dosahování formulovaných cílů vzdělávání. Komplexní pojetí kurikula vymezuje problematiku proč, koho, čemu, jak, kdy a za jakých podmínek učit a s jakými očekávanými výstupy vzdělávat. Jiné vysvětlení k obsahu kurikula přiřazuje i filozofii výchovy, hodnoty, cíle, organizační strukturu a učební výsledky. V prostředí české pedagogiky lze kurikulum chápat jako vzdělávací program/plán, jako obsah studia a jeho průběh, nebo jako komplex poznání, které se vztahuje ke škole, včetně hodnocení. V našich podmínkách je nejběžněji vnímáno jako vzdělávací program na úrovni státu a školy (Čábalová, 2011; Kolář, 2012).

**Vzdělávací či studijní program** vymezuje koncepci, cíle, obsah a metody práce na určitém typu školy. Stanovuje rozsah i prostředky, kterými je obsah vyučování uskutečňován. Jeho součástí je i profil absolventa. Vzdělávací program v příslušném oboru vzdělání pro terciární stupeň školství je pro danou instituci závazný. Podléhá akreditaci, kterou uděluje ministerstvo školství na základě zhodnocení kvality programu a schválení Akreditační komisí ČR. Pro vzdělávací programy zdravotnického zaměření je k udělení akreditace nezbytný předchozí souhlas Ministerstva zdravotnictví ČR (Kolář, 2012).

### **Akreditační komise (AK)**

Akreditační komise byla zřízena Nařízením vlády č. 350/90 Sb. v září 1990, s cílem vytvořit nezávislý, odborný poradní orgán pro zajišťování a hodnocení kvality vzdělávání, a s tím souvisejících výzkumných, vědeckých a vývojových aktivit na vysokých školách. Činnosti a pravomoci AK vymezuje „Statut Akreditační komise“, jehož poslední verzi schválila vláda ČR v červenci 2004. Akreditační komise vydává stanovisko k záležitostem vztahujícím se k vysokému školství, které jsou jí předkládány ministrem školství k posouzení, dále pak k žádostem o akreditaci studijních programů, k žádostem o oprávnění provádět habilitační řízení a řízení ke jmenování profesorem. Stanovisko zaujímá také „... ke zřízení, sloučení, splynutí, rozdělení nebo zrušení fakulty univerzitní vysoké školy,..“ a „... k udělení státního souhlasu pro právnickou osobu, která chce

*působit jako vysoká škola...*“ (Vláda ČR, 2004: Článek 1). Komise je dále oprávněna vyjádřit svůj postoj k určení typu vysoké školy. Další činností AK je zveřejňování výsledků hodnocení a stanovení závěrů a doporučení z nich vycházejících (Vláda ČR, 2004; Vinš, 2004).

Působení Akreditační komise se řídí platnými standardy, které popisují obecné minimální požadavky na výkon jejích činností (Vláda ČR, 2004; Vinš, 2004). Akreditační komise je od roku 2002 členem ENQA<sup>8</sup> a jejím prostřednictvím se aktivně podílí na řešení problémů týkajících se kvality vysokoškolského vzdělávání i v mezinárodním kontextu (Šebková, Šmrčka, 2008).

### **Celoživotní vzdělávání zdravotníků**

Andragogický slovník popisuje celoživotní vzdělávání jako činnosti související s učením formálního i neformálního charakteru, „... které se průběžně realizují s cílem dosáhnout zdokonalení znalostí, dovedností a odborných předpokladů.“ (Průcha, Veteška, 2012: 52). Celoživotní vzdělávání zdravotníků v České republice definuje Zákon č. 96/2004 Sb. § 53 jako „... průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.“ Pro nelékařské zdravotnické pracovníky je proces celoživotního vzdělávání povinný. Uskutečňuje se mimo jiné formou specializačního vzdělávání, certifikovaných kurzů a v neposlední řadě i navazujícími akreditovanými studijními programy bakalářského a magisterského typu. Jednou z uznávaných forem celoživotního vzdělávání je například i studium MBA. Kontrolním faktorem plnění povinnosti celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotníků je kreditní systém, na jehož základě jsou jeho jednotlivé formy ohodnoceny určitým počtem kreditů<sup>9</sup>.

Evropská unie klade na celoživotní vzdělávání a učení značný důraz. Jeho realizace je jedním z cílů strategického rámce evropské spolupráce ve vzdělávání a odborné přípravě „Education and Training 2020“, přijatého ministry školství všech členských zemí EU (Evropa: Přehledy právních předpisů, 2009). Podpora celoživotního vzdělávání EU je

---

<sup>8</sup> European Association for Quality Assurance in Higher Education

<sup>9</sup> Podmínky kreditního systému stanovuje Vyhláška MZ ČR č. 423/2004 Sb., a dále upravuje Vyhláška MZ ČR č. 4/2010 Sb.

uskutečňována rozsáhlým financováním vzdělávání dospělých v jednotlivých zemích i regionech z kapitálu strukturálních fondů EU.

### **Specializační vzdělávání zdravotníků**

Specializační vzdělávání je jednou z forem celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a jeho podoba a realizace je stanovena Zákonem č. 96/2004 Sb. Obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti pro získání specializované způsobilosti, které stanoví Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., jsou ve většině případů orientované na odborné profesní vzdělávání. Pro nelékařské zdravotnické pracovníky ve vedoucích pozicích je určen kurz zaměřený na řízení a organizaci ve zdravotnictví. Na financování specializačního vzdělávání poskytuje MZ ČR dotace ze státního rozpočtu. Specializační vzdělávání realizují zařízení, kterým ministerstvo udělilo akreditaci k uskutečňování vzdělávacího programu nebo jeho části, podle pravidel Metodického pokynu zveřejněného ve Věstníku MZ ČR vydaného 28. 2. 2011 (NCO NZO, 2014).

Hlavními institucemi, které specializační vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky realizují, je Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) v Praze a Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně. Instituce vznikly na základě zřizovací listiny MZ ČR, IPVZ v roce 2007 a NCO NZO v roce 2010 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010a).

### **Master of Business Administration (MBA)**

MBA je program zaměřený na studium managementu. Ačkoli ve svém názvu používá výraz „master“, v ČR není toto studium uznáno jako studium magisterské, ale v souladu s postojem MŠMT ČR je zařazeno do celoživotního vzdělávání.

MBA program je určen především zástupcům vrcholového managementu a je poskytován za úhradu. Nezbytnou podmínkou pro přijetí ke studiu je většinou ukončené vysokoškolské vzdělání, tedy nejméně bakalářský stupeň jakéhokoliv oboru. Ve výjimečných případech je jako kvalifikace pro studium uznána i dostatečná a prokazatelná manažerská praxe. Programy MBA nabízejí buď všeobecné zaměření, nebo

celou řadu specializací jako například finanční management podnikání, obchodní právo, strategický management, marketing a další. V posledních letech vzniká stále více vzdělávacích programů MBA zaměřených na management ve zdravotnictví. Oproti studiu na vysokých školách má být při studiu MBA, dle deklarovaných záměrů těchto programů, kladen důraz na praktické aplikace poznatků v základních činnostech managementu. To má být realizováno především řešením konkrétních problémů z firem studujících manažerů v zadaných písemných pracích a projektech. Studium probíhá v podobě večerních, víkendových nebo denních kurzů, často též jako e-learning. Prestižní instituce poskytující vzdělávání MBA kladou důraz spíše na prezenční výuku a individuální tutorské vedení. Studium MBA programů trvá v rozmezí jeden a půl až tři roky. Cena za celé studium se pohybuje mezi 100–300 tis. Kč. Vysoká nákladnost studia je jedním z faktorů zvyšujících prestiž absolventů v profesní kariéře. Člověk investující do vlastního vzdělání má na trhu práce pro organizace vyšší hodnotu. Výzkumy z roku 2011 ukazují, že absolventi MBA programů mají rychlejší kariérní růst a vyšší platy. Dalším prestižním činitelem bývají mezinárodní akreditace MBA programů a kvalita pedagogů (Malina, 2013; Severová, 2011; [www.vseomba.cz](http://www.vseomba.cz)).

Vzhledem k tomu, že v České republice neexistuje legislativa, která by upravovala MBA programy, neexistuje ani žádná oficiální státní autorita, která by kvalitu programů garantovala akreditací. Z toho důvodu byla v roce 1998 s neoficiální podporou MŠMT ČR a za podpory grantu poskytnutého Evropskou unií založena Česká asociace MBA škol (CAMBAS), která si klade za cíl „*zajišťovat, udržovat a dále rozvíjet vysokou úroveň studia MBA v České republice včetně zavedení systému akreditací studia MBA v České republice.*“ (Malý, 2014: úvodní stránka).

Nepřehledná situace manažerských programů na trhu byla také podnětem pro vznik Asociace institucí manažerského vzdělávání o. s. (AIMV), která se zaměřuje na rozvoj oboru manažerského vzdělávání v ČR a jejímž cílem je přispívat ke zvyšování kvality programů MBA a dalších podobných typů vzdělávání. Svým členům asociace nabízí akreditaci manažerských vzdělávacích programů. Na svých webových stránkách poskytuje informace a uveřejňuje srovnání manažerských programů včetně programů MBA ([www.vseomba.cz](http://www.vseomba.cz)).

Nejnovějším subjektem, zabývajícím se kvalitou MBA programů v České republice, je Asociace MBA, která byla založena v prosinci 2013. Institucím a školám, poskytujícím



MBA vzdělání, nabízí spolu s členstvím i certifikaci vzdělávacího subjektu ([www.asociacemba.cz](http://www.asociacemba.cz)).

Společným jmenovatelem zmíněných tří asociací jsou vysoké nároky na úroveň vzdělávací instituce a kvalitu jimi poskytovaných manažerských programů. Jedním z hodnotících kritérií je i skutečnost, zda program odpovídá mezinárodně uznávaným standardům.

V současnosti poskytuje obecné vzdělání MBA v České republice dvacet až třicet soukromých i státních vysokých škol a institucí. MBA programů konkrétně pro zdravotnické prostředí je sotva třetina, z nichž drtivá část byla zahájena až od roku 2011 (viz kap. 2.2.2.4). Většina programů je uskutečňována formou zastoupení zahraniční univerzity v České republice (Malina, 2013; Severová, 2011).

Nárůst množství obecných i konkrétně zaměřených MBA programů na problematiku zdravotnictví v posledních letech je reakcí na zvýšenou poptávku společnosti a vrcholových managementů organizací. Titul MBA znamená prestiž a většinou záruku kvalitního mezinárodně akreditovaného vzdělání v managementu nejen pro nositele, ale i pro celou organizaci. Kvůli vysoké finanční nákladnosti však nebývá pro soukromé osoby z řad nelékařských zdravotníků běžně dostupný.

## ***2.2 Vývoj vzdělávání v managementu zdravotnictví v ČR***

Stávající podoba vzdělávání nelékařských zdravotníků v managementu zdravotnictví je vyústěním společenských a politických změn, které v České republice nastaly od revolučního období. Vývoj tohoto fenoménu jsme zjišťovali formou studie, založené na sběru materiálů z různých zdrojů, a jejich analýze. Následná interpretace je vzhledem k početní převaze sester ve vedoucích pozicích (viz kap. 1.4.1), zpracována převážně ve vztahu k sestřím.

Chronologický přehled vzdělávacích a studijních programů managementu zdravotnictví od roku 1989 je obsahem přílohy č. 2.

### **2.2.1 Sběr dat a analýza dokumentů**

Sběr informací pro zmapování vývoje vzdělávání v managementu zdravotnictví pro NLZP v porevolučním období jsme uskutečňovali mnoha různými způsoby. První volbou

byla relevantní literatura a webové stránky vysokých škol a vzdělávacích institucí. Následně jsme informace získávali telefonickou, elektronickou i osobní komunikací s MZ ČR, s Akreditační komisí, s garanty některých studijních oborů a s pracovníky studijních oddělení vysokých škol a vzdělávacích institucí MZ ČR. Získávali jsme a shromažďovali dobové dokumenty vztahující se k tématu, jako např. výroční zprávy, zprávy z grantu, zřizovací listiny, žádosti o akreditaci studijního programu apod. Data jsme podrobili zkoumání technikou analýzy dokumentů.

Analýza dokumentů může být v širším pojetí chápána jako analýza libovolných materiálů, které jsou zdrojem informací odpovídajících cílům studie (Miovský, 2006). Miovský (2006) o analýze dokumentů dále hovoří jako o kvalitativně-interpretaci analýze, která používá písemná svědectví jako zdroj k objasnění lidského konání. Podle Hendla (2008: 130) „... je důležitá zvláště tehdy, když se jedná o časově vzdálené nebo historické události.“

Analýzou a seřazením dat se nám podařilo systematicky zmapovat postupný vývoj vzdělávání v řízení a organizaci od počátků v porevolučním období až do současnosti.

## **2.2.2 Historie manažerského vzdělávání pro NLZP v porevolučním období**

Obecné vzdělávání sester bylo až do revolučního období v roce 1989, a ještě několik let po něm, zaměřeno zejména na odborné profesní znalosti, praktické dovednosti a etickou výchovu. Společenské a politické změny, které nastaly po revoluci v roce 1989, měly za následek prolomení bariér geografické propustnosti, rozvoj komunikační propojenosti se světem, přenos vědeckých poznatků a ekonomickou mezinárodní spolupráci. Tato situace, společně s plánovaným vstupem do EU, výrazně ovlivnila i tehdejší stav zdravotnictví a školství a vynutila si transformaci těchto odvětví z důvodů mezinárodní kooperace, celosvětového zvyšování kvality zdravotních služeb a naplnění směrnic jednotného vzdělávacího systému EU (Gillnerová, Kebza, Rymeš, 2011; Jarošová, 2006). V souladu s Lisabonskou strategií, schválenou v roce 2002, přijali ministři pro vzdělávání a odbornou přípravu členských států EU strategický program „Education and Training 2010“ (ET 2010). Tím byl vytvořen pevný rámec definující principy evropské spolupráce, základní pravidla a procesy, metody koordinace a propojení s Kodaňským procesem z oblasti odborného vzdělávání a s Boloňským procesem z oblasti vysokého školství (MŠMT, 2014), který byl postupně s plánovaným vstupem do EU realizován i v našem státě.

Odborná příprava k povolání sester a dalších nelékařských zdravotnických povolání se postupně ze středních škol přesunula na terciární stupeň školství a má dnes podobu bakalářského nebo vyššího odborného studia. Ve vzdělávání nelékařských zdravotníků byly zavedeny se schválením Zákona č. 96/2004 Sb.<sup>10</sup> zásadní organizační i obsahové změny s cílem nastolit odborné zdravotnické vzdělávání srovnatelné s ostatními vyspělými zeměmi a akceptovatelné zvláště v zemích Evropské unie. Zavedením povinné registrace a kreditního systému vznikla i povinnost celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků (Plevová, Slowik, 2008).

Rozvoj vzdělávání zdravotníků podpořil nový strategický rámec evropské spolupráce v oblasti vzdělávání a odborné přípravy „Education and Training 2020“, vydaný Radou<sup>11</sup> v roce 2009 a navazující na ET 2010. Rámec stanoví čtyři hlavní cíle: realizovat celoživotní učení a mobilitu, zlepšit kvalitu a efektivitu vzdělávání a odborné přípravy, podporovat spravedlivost, sociální soudržnost a aktivní občanství, zlepšit kreativitu a inovace, včetně podnikatelských schopností, na všech úrovních vzdělávání a odborné přípravy (Evropa: přehled právních předpisů EU, 2009).

Zmíněné faktory a narůstající potřeba efektivnější organizace a řízení zdravotnictví vytvořily příznivé prostředí pro vznik vzdělávacích programů a kurzů zaměřených na získávání manažerské odbornosti, využitelných nebo přímo určených pro vedoucí pozice nelékařských zdravotníků. Většina programů se odvíjí od společného základu. S ohledem na úroveň managementu, pro kterou jsou určeny, však zahrnují rozdílnou hloubku a intenzitu jednotlivých manažerských disciplín (Prymula, 2000).

První snahy o vzdělávání zdravotníků v managementu ve zdravotnictví v porevolučním období byly iniciovány vstupem zahraničních subjektů do českého prostředí. Nejúspěšnějším zahraničním projektem byl kurz nadace Projekt HOPE, který byl zaměřen na pracovníky top managementu. Dalším důležitým počinem bylo zahájení spolupráce českých vysokoškolských subjektů s americkými univerzitami, příprava projektu ke zformování sítě vzdělávacích center zdravotnického managementu a vytvoření nových kurikul pro manažerské vzdělávání převážně středního zdravotnického managementu (Prymula, 2000).

---

<sup>10</sup> Zákon o nelékařských povoláních.

<sup>11</sup> Rada Evropské unie.

### 2.2.2.1 Project HOPE

Pobočka americké nadace **Project HOPE**, působící v České republice od roku 1991, se o vzdělávání zdravotnického managementu zasloužila významnou měrou. V letech 1996–1998 pořádala bezplatně za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR a Parlamentu ČR „**Kurz řízení v českém zdravotnictví**“. Cílem kurzu bylo zvýšení manažerských znalostí a dovedností ředitelů, ekonomických náměstků a hlavních sester. Výuka byla členěna do čtyř modulů se zaměřením na oblast řízení systému, na lidské zdroje, kvalitu a finance, přednášeli ji kromě tuzemských lektorů i lektoři z USA a zahrnovala i zahraniční stáže (Project HOPE, 2014a; Malina, 2013).

Po úspěšném vzdělávání top manažerů se společnost<sup>12</sup> **Project HOPE** zaměřila i na střední a liniové vedoucí zdravotníky a v roce 2000 zahájila ve spolupráci se společností Johnson & Johnson program „**Řízení změn: posílení role manažerů ve zdravotnictví**“. Program byl akreditován Českou lékařskou komorou a Českou asociací sester. Vzdělávání mělo zlepšit úroveň manažerských schopností lékařů/ primářů, vrchních/ staničních sester či vedoucích administrativních pracovníků a přispět tím k větší efektivitě zdravotnických zařízení. Cílem bylo také vhodně kombinovat teorii s praktickými příklady, zlepšit týmovou spolupráci a koordinaci a podpořit navazování vzájemných pracovních vztahů mezi absolventy programu. Program byl vytvořen pro trojčlenné týmy nominované ředitelem a hlavní sestrou jednotlivých zdravotnických zařízení. Po celou dobu programu vytvářely týmy projekt na vlastní zvolené téma, který účastníci po absolvování programu zaváděli ve vlastních organizacích. Vzdělávací témata byla přednášena jak českými, tak i zahraničními lektory. Výuka probíhala ve čtyřech třídních modulech, zaměřených na strategie řízení, kvalitu, řízení lidských zdrojů a finance. Projekt probíhal až do roku 2008, kdy byl udělen certifikát posledním absolventům (Project HOPE, 2014b).

### 2.2.2.2 Vysokoškolské programy

Vzdělávání v managementu zdravotnictví vznikalo ve spolupráci s univerzitami z USA i na terciární úrovni školství. V letech 1996–1998 byl realizován připravovaný mezinárodní projekt, jehož cílem bylo zformovat studijní programy zaměřené na řízení a organizaci ve zdravotnictví a využít americké zkušenosti pro vybudování sítě vysokoškolských center, která měla profilovat profesionální zdravotnické manažery.

---

<sup>12</sup> Původní nadace Project HOPE je od roku 1999 registrována v ČR jako obecně prospěšná společnost.

Projektů předcházely průzkumy a vyhodnocení potřeb manažerského vzdělávání v českém prostředí, jehož výsledky uvedené v Závěrečné zprávě z grantu (Prymula, 2000) odhalily, že vzdělávání zdravotníků v managementu je pro české zdravotnictví nezbytné a že by mělo být přednostně směřováno na střední úroveň managementu, kde se projevovaly citelné nedostatky.

Projekt sítě vysokoškolských center pro studium zdravotnického managementu byl realizován s finanční pomocí USAID<sup>13</sup> a za odborné podpory a koordinace americké mezinárodní zdravotnické aliance AIHA<sup>14</sup> (Ústav sociálního lékařství, 2014; VŠE, 2000; Aaronson, 1997). Zapojení těchto organizací bylo časově omezené, určené pouze na vytvoření kooperující sítě institucí a spuštění studijních programů. Na stejném principu byla vytvořena i spolupráce s americkými univerzitami Virginia Commonwealth University v Richmondu a University of Nevada (Aaronson, 1997). Uskutečňování dílčích cílů zahrnovalo rozsáhlé investice do infrastruktury zainteresovaných subjektů, vyškolení pedagogického sboru, zavedení a využívání moderních technologií, přístupy do zahraničních databází a vytvoření výukových materiálů pro oblast managementu zdravotnictví. Důraz byl kladen na kooperaci zúčastněných institucí a na přizpůsobení zkušeností amerických univerzit českému prostředí (Prymula, 2000).

K uskutečnění ideje projektu bylo nezbytné získat takové instituce, které by v oblasti managementu zdravotnictví byly schopny reagovat pružně na potřeby společnosti a strategicky pokryly region České republiky. Na fakultách vybraných v přísném konkurzním řízení vznikly dva bakalářské a jeden magisterský program (Prymula, 2000).

Pro moravský region byla vybrána **Univerzita Palackého v Olomouci**, kde byl v rámci partnerství **Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky** s Virginia Commonwealth University v Richmondu v roce 1996 nově vytvořen navazující magisterský studijní program **Ekonomika a řízení zdravotnictví**, obor **Management ve zdravotnictví**. Studium bylo podmíněno ukončeným bakalářským stupněm

---

<sup>13</sup> U.S. Agency for International Development je vedoucí americká vládní agentura, která pracuje na odstranění extrémní globální chudoby a umožňuje pružným, demokratickým společnostem realizovat jejich potenciál. Podporuje dlouhodobý rozvoj prostřednictvím investic do zemědělství, zdravotnických systémů a demokratických institucí celého světa ([www.usaid.gov](http://www.usaid.gov)).

<sup>14</sup> American International Health Alliance je nezisková organizace pracující na globálním zdraví tím, že pomáhá komunitám a národům s omezenými zdroji vytvářet udržitelné institucionální a lidské kapacity, zajišťuje technickou pomoc s využitím znalostí a dovedností zkušených lékařů, zdravotních sester, pedagogů, zdravotních profesionálů a občanských vůdců. Programy AIHA řeší mimo jiné i vzdělávání a rozvoj zdravotnických profesí ([www.aiha.com](http://www.aiha.com)).

a způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání (Prymula, 2000). Tím bylo konkrétně směřováno na zdravotnické pracovníky. Přestože byla akreditována denní i kombinovaná forma, byl program provozován pouze v tříleté kombinované podobě (Cholinská, 2014). První studenti zahájili studium v září 1997. Součástí kurikula byly nejen předměty věnované problematice českého zdravotnictví, právním otázkám, etice ve zdravotnictví a manažerským dovednostem, ale i dostatečný počet hodin praxe. Studium mělo za cíl profilovat zdravotnické manažery k samostatné a tvůrčí práci všech úrovní řízení zdravotnických a souvisejících institucí (Prymula, 2000). V lednu 2000 byl obor jako první magisterské studium managementu ve zdravotnictví v České republice akreditován MŠMT. Od roku 2009 byl z Lékařské fakulty Univerzity Palackého převeden pod Fakultu zdravotnických věd (Ústav sociálního lékařství, 2014).

Další z vybraných institucí byla **Katedra managementu v Jindřichově Hradci Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích**, kde byl ve spolupráci s University of Nevada vytvořen bakalářský program **Management zdravotnických služeb**. Vzhledem k odborným a personálním kapacitám fakulty, a na základě průzkumu potřeb praxe, bylo sestaveno kurikulum, které mělo připravovat odborníky pro poskytování kompletních manažerských služeb v samostatných nebo skupinových praxích. Absolvent měl mít zaměření spíše na střední stupeň řízení a měl být schopen zajišťovat ekonomické a organizační záležitosti a efektivní rozvoj různých zdravotnických zařízení (Prymula, 2000). Program byl zahájen v akademickém roce 1996/1997 a vyprodukoval dva ročníky absolventů. Fakulta managementu však přešla v roce 1998 od Jihočeské univerzity pod **Vysokou školu ekonomickou v Praze** a studijní program byl v rámci této změny zásadně přebudován. Původní bakalářské distanční studium bylo reakreditováno do podoby specializace hlavního studijního oboru fakulty, kterou studenti volí v prvním ročníku navazujícího magisterského studia (Fakulta managementu VŠE, 2012).

University of Nevada v partnerském projektu spolupracovala také s další institucí vybranou pro střední Čechy, s **Univerzitou Hradec Králové**, která v roce 1998 na **Fakultě řízení a informační technologie** v rámci programu **Ekonomika a management** otevřela bakalářský kombinovaný obor **Zdravotnický management**. Na realizaci studia se podílela jako garant odborných zdravotních předmětů např. i Vojenská lékařská akademie a Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Kurikulum vycházelo z obdobných východisek jako program managementu v Jindřichově Hradci. Praktická a teoretická průprava tohoto bakalářského programu měla absolventy připravit

na uplatnění u farmaceutických firem, u společností zabývajících se dodávkami zdravotnické techniky apod. (Prymula, 2000).

Realizací projektu vznikla tedy síť tří vzájemně spolupracujících institucí vzdělávajících různé typy zdravotnických manažerů. Tento systém však přetrval pouze několik let. Bakalářský obor Zdravotnický management na Univerzitě Hradec Králové byl v roce 2003 z neznámých důvodů ukončen, ačkoliv akreditace byla udělena ještě na období dalších pěti let do roku 2008<sup>15</sup>. Magisterský obor Management ve zdravotnictví na Univerzitě Palackého v Olomouci procházel reakreditací ve čtyřletém intervalu, v roce 2004 a v roce 2008<sup>16</sup> (Ústav sociálního lékařství, 2014). Další prodloužení akreditace z roku 2012 bylo Akreditační komisí uděleno s omezením, že nelze ke studiu přijímat další uchazeče z důvodu nedostatečného personálního zabezpečení. O rok později požádala Fakulta zdravotnických věd o zrušení omezení, nebylo však kladně vyřízeno. V současnosti obor dokončuje poslední ročník studentů (Cholinská, 2014).

Obor Management zdravotnických služeb na Katedře managementu VŠE v Jindřichově Hradci přetrval, ovšem ve změněné podobě. Studium je od reorganizace v roce 1998 určeno primárně pro absolventy bakalářského studia ekonomického zaměření a prohlubuje jejich dosavadní získané znalosti z oblasti obecného managementu, ekonomie a souvisejících disciplín. S přihlédnutím k této skutečnosti a k obsahu přijímacích zkoušek, zahrnujících teorii managementu a ekonomii, je však malý předpoklad, že by toto studium vyhledávali nelékařští zdravotničtí pracovníci (Fakulta managementu VŠE, 2012).

Nezávisle na výše zmíněném projektu vznikl současně také bakalářský tříletý program **Ekonomika řízení zdravotnictví**, obor **Zdravotnický management - ošetrovatelská péče**, na tehdejší **Zdravotně sociální fakultě Ostravské univerzity**. Byl zahájen prvním ročníkem od akademického roku 1996/1997. Studium probíhalo kombinovanou formou. Původním záměrem, jak je uvedeno ve Výroční zprávě OSU z roku 1997 (Ostravská univerzita, 1997), byla snaha o získání magisterské akreditace. Z důvodu zpřísnění legislativy v souvislosti s plánovaným vstupem České republiky do EU však program nebyl dále realizován. Poslední absolventi ukončili své studium v akademickém roce 2004/2005<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Informace byly zjištěny z přehledu udělených akreditací MŠMT ČR a elektronickou komunikací se studijním oddělením UHK.

<sup>16</sup> Informace byly zjištěny z přehledu udělených akreditací, získaného elektronickou korespondencí s akreditační komisí MŠMT ČR.

<sup>17</sup> Informace byly zjištěny elektronickou korespondencí se studijním oddělením Lékařské fakulty OSU.

Na základě stoupající poptávky po vzdělávání manažerského typu ze strany odborných pracovníků a různých profesních asociací byla v roce 2000 současně se vznikem **Fakulty humanitních studií při Karlově univerzitě** zahájena výuka zaměřená na řízení a supervizi zdravotnických a sociálních organizací. Jednalo se o pilotní program celoživotního vzdělávání, iniciovaný a podporovaný Českou katolickou charitou, s úmyslem vyvinout z tohoto programu magisterský obor. To se o rok později podařilo a program byl v roce 2001 akreditován. Současně vznikla při FHS UK **Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích**, která akreditovaný obor **Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích** začala provozovat již jako tříletý navazující magisterský program, první tohoto typu v České republice. Reakreditace programu byla schválena v roce 2005 s platností do roku 2015. V návaznosti na Boloňskou deklaraci<sup>18</sup> bylo studium zkráceno na dva roky. Absolvent oboru se zaměřením na řízení je způsobilý se uplatnit jako vysokoškolsky vzdělaný manažer státních i nestátních zdravotnických a sociálních zařízení, nebo na pracovištích státní a veřejné správy zdravotnické a sociální oblasti. Realizace studia probíhá v prezenční a kombinované formě i v současnosti (Katedra řízení a supervize, 2014).

Až po dalších šesti letech, to znamená v roce 2007, vznikl první program zaměřený na zdravotnický management také v soukromém sektoru. Nejstarší soukromá vysoká škola **Bankovní institut v Praze (BIVŠ a.s.)** v tomto roce započala v rámci studijního programu **Ekonomika a management** poskytovat tříletý bakalářský obor **Ekonomika a management sociálních a zdravotních služeb** v prezenční i kombinované formě. Vzhledem k soukromému provozovateli bylo studium zpoplatněno školným ve výši cca 25 000 Kč,- za semestr. Přestože byla program v roce 2011 schválena reakreditace, byl v roce 2012 z rozhodnutí vedení školy ukončen. V akademickém roce 2013/2014 studium dokončili poslední studenti<sup>19</sup>.

Nejmladším vysokoškolským studiem zaměřeným na zdravotnický management je obor **Management ve zdravotnictví na Fakultě managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně**. Obor byl akreditován MŠMT ČR v roce 2009 a od roku 2010 zahájen v podobě navazujícího magisterského studia prezenční i kombinované formy. Skladbou požadavků přijímacího řízení, zahrnujících i odborné znalosti z oblasti zdravotnictví a ošetřovatelství, je studium cíleno na uchazeče z řad zdravotníků a je

---

<sup>18</sup> Společná deklarace evropských ministrů školství z července 1999.

<sup>19</sup> Informace poskytl při osobním setkání garant oboru doc. Ing. Josef F. Palán, CSc.



vyhledáváno zejména nelékařskými zdravotnickými pracovníky (vrchní, staniční sestry, záchranáři). Absolvent získává titul Ing.<sup>20</sup>

### 2.2.2.3 Specializační vzdělávání, kurzy, projekty ESF

Do roku 2004 existovala v našem státě pro nelékařské zdravotnické pracovníky<sup>21</sup> tzv. „vyšší specializace“ v oboru organizace a řízení práce, stanovená vyhláškou č. 77/1981 Sb.<sup>22</sup> a získávaná absolvováním doplňkového kurzu. Podmínkou pro její získání bylo předchozí absolvování nástavbové specializace v některém z tehdejších 15ti odborných zaměření. V roce 2004 v souvislosti se vznikem zákona o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. vydala vláda i nařízení č. 463/2004 Sb., které stanovilo nové konkrétní obory specializačního vzdělávání. Jedním z nich bylo i zaměření **Organizace a řízení ve zdravotnictví**, které bylo vytvořeno pro zdravotníky splňující odbornou způsobilost, kteří se připravují nebo vykonávají řídicí funkci. Celková délka studia specializace je 24 měsíců. Toto specializační vzdělávání je pro NLZP dodnes trvalou možností, bohužel v loňském roce nebyl tento obor na IPVZ otevřen z důvodu nedostatečné propagace, a tím i malého zájmu zdravotníků<sup>23</sup> (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010b).

Rok 2004 byl také rokem zahájení činnosti soukromého vzdělávacího institutu **Centre of Excellence in Healthcare Management (HMC)** v Praze, který je orientován na vzdělávání v oblasti zdravotnického managementu. S jeho založením vznikl i akreditovaný kurz **MINI MBA pro sestry** pojatý jako 5 modulový program. Obsahem modulů je marketingové minimum pro sestry, efektivní klinicko-pacientská komunikace, leadership, motivace a řízení lidského kapitálu. MINI MBA lze absolvovat pouze jako celek, tedy všech 5 témat, přičemž každému z témat je věnován jeden den výuky. Kurz je primárně koncipován pro manažerky, hlavní a vrchní sestry, ale mohou ho absolvovat i sestry bez řídicích funkcí. Výuka probíhá formou kombinace přednášek, mini-workshopů a facilitovaných diskuzí na aktuální témata z reálného prostředí zdravotnických zařízení. Kurz je zpoplatněn, jeho cena činí 15 600 Kč vč. DPH. Každý účastník kurzu obdrží certifikát HMC a 15 kreditních bodů ČAS. Kurz je v současné době stále aktivní (HMC, 2013).

---

<sup>20</sup> Informace telefonicky poskytla garantka oboru Doc. Pavla Staňková.

<sup>21</sup> Tehdejší název byl „střední zdravotnický pracovník“. Pozn. autorky práce.

<sup>22</sup> Vyhláška MZ ČSR č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví.

<sup>23</sup> Informace získané při osobním setkání se studijní referentkou IPVZ.

Vzdělávání zdravotníků v řízení a organizaci zdravotnictví bylo v letech 2007–2013 podpořeno také projekty čerpajícími prostředky z **Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost** (OP LZZ) Evropského sociálního fondu (viz odstavec „Celoživotní vzdělávání zdravotníků“ v kapitole 2.1) a ze státního rozpočtu. V období od května 2010 do dubna 2013 realizovalo Ministerstvo zdravotnictví z dotací OP LZZ rozsáhlý a v tuzemsku ojedinělý projekt s názvem **Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví se zaměřením na odborně profesní vzdělávání a vzdělávání v manažerských dovednostech**. Generálním dodavatelem se stal Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, který ve výběrových řízeních volil společnosti a firmy, jež realizovaly konkrétní vzdělávací činnosti. Pro nelékařské zdravotníky s většinovým pracovním úvazkem mimo území hlavního města Prahy byly bezplatně pořádány různé typy specifických akreditovaných kvalifikačních kurzů, odborných seminářů, certifikovaných kurzů, konferencí a workshopů. Jedním z nich byl i tříměsíční kurz **Management a ekonomika ve zdravotnictví**, který byl určen především pro střední management a který realizoval samotný IPVZ v Praze v akademickém roce 2012/2013<sup>24</sup>. Dalším příkladem může být vzdělávací program **Ekonomika zdravotnictví, ekonomika zdravotnických zařízení a management zdravotnických zařízení**, realizovaný společností In Company Education, a. s. (ICE) v šesti dvoudenních modulech v období od března 2012 do prosince 2012. Partnerem programu byl také Institut celoživotního vzdělávání Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Projekty čerpající dotace z OP LZZ byly tvořeny a realizovány i individuálně jednotlivými zdravotnickými institucemi pro vlastní pracovníky. Jako příklad lze uvést program **Manažerské vzdělávání pro střední management** určený vedoucím zdravotnickým pracovníkům Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze, probíhající v letech 2011–2012. Kurz se skládal ze čtyř dvoudenních modulů věnovaných osobnosti manažera, stylu řízení a vedení, řešení konfliktních situací, motivaci a delegování<sup>25</sup>.

Za zmínku stojí také projekt **Zvýšení adaptability zaměstnanců ve zdravotnických organizacích působících v oblasti zdravotnictví**, který probíhal v letech 2007–2012 v režii Centra rozvojových aktivit Unie zaměstnavatelských svazů České republiky. Během

---

<sup>24</sup> Zdroj: informační materiály v tištěné formě získané ze studijního oddělení IPVZ.

<sup>25</sup> Zdroj: autorka práce je absolventem kurzu, použity získané materiály.

trvání projektu bylo proškoleny 250 lékařských i nelékařských zdravotníků z celé České republiky v manažerských dovednostech a ekonomice zdravotnických zařízení<sup>26</sup>.

Od roku 2008 provozuje NCO NZO Brno pro zdravotníky z řad nelékařů kurz managementu certifikovaný MZ ČR v rozsahu 140 vyučovacích hodin pod názvem **Rozvoj a řízení zdravotnického zařízení – management 21. století**. Obsahem kurzu jsou čtyři moduly: klíčová témata a pojmy v moderním managementu, role a klíčové kompetence vedoucích pracovníků, strategický management, leadership - umění vést a ovlivňovat. (www.nconzo.cz).

Pro všeobecné sestry a porodní asistentky otevřel v březnu 2014 bezplatný kurz v rámci CŽV **Ústav zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci**, s podporou MZ ČR. Certifikovaný kurz **Specifika práce sestry manažerky** je bezplatný a obsahuje moduly z oblasti financování zdravotnictví, řízení kvality zdravotní péče, strategického řízení, komunikačních a manažerských dovedností. Celkové množství výuky je 100 hodin (Ústav zdravotnických studií, 2014).

#### **2.2.2.4 MBA programy<sup>27</sup>**

V posledních letech je vzdělávání zdravotníků v managementu využíváno také jako obchodní artikl. Vzdělávací instituce a společnosti reagují na zvyšující se zájem o tento typ rozšíření kvalifikace a přicházejí na trh s množstvím nově vzniklých programů za úhradu. Vedle obecných programů MBA je za poslední čtyři roky častější i poskytování MBA studia zaměřeného na zdravotnictví (viz odstavec MBA v kapitole 0).

Prvním stabilním programem **MBA ve zdravotnictví** u nás bylo studium nabízené od roku 2008 prostřednictvím **Academy of Health Care Management**, sídlící v Čelákovicích v CMC Graduate School of Business. Akademie spolupracuje s Auburn University, a vyznačuje se vysokou kvalitou přednášejících. Studijní obsah je rozvržen do 14ti modulů, které student absolvuje během 20ti měsíců (www.ahcm.cz).

V červnu 2009 vznikl v Praze **Advance Healthcare Management Institut**, kde byl v březnu 2010 zahájen program **MHA – Master of Healthcare Administration**, určený původně hlavně pro zdravotníky na manažerských pozicích<sup>28</sup>. Studium probíhá po dobu

---

<sup>26</sup> Zdroj: souhrnná zpráva projektu, elektronická komunikace s ředitelkou UZS-CRA.

<sup>27</sup> Informace o vzniku programů byly zjištěny telefonicky od kompetentních pracovníků provozujících institucí.

<sup>28</sup> Informace o vzniku institutu a zahájení výuky byly získány telefonickou komunikací s vedoucí kanceláře institutu S.Wormovou.

1,5 roku s frekvencí jednou měsíčně 4 dny. Program se skládá ze 14 předmětů rozdělených do 4 tematických bloků, přičemž každému předmětu je věnováno 24 hodin výuky. Institut úzce spolupracuje s Fakultou sociálních věd UK Praha. Poradním orgánem institutu je Akademická rada, jejímž členem je i Profesor Sir Richard Feachem, působící v oblasti veřejného zdraví na University of California. Program je akreditován MŠMT jako rekvalifikační kurz a jeho cílem je poskytnout praktickou znalost českého zdravotnictví společně s evropským a světovým rámcem ([www.advanceinstitute.cz](http://www.advanceinstitute.cz)).

**MBA Management ve zdravotnictví** zahájil také **Central European Management Institute (CEMI)** v roce 2011. Zde program probíhá po dobu jednoho roku distanční formou výuky ve dvou semestrech. Vzdělávací program je provozován převážně prostřednictvím komunikačních prostředků, především elektronickou korespondencí a Skype komunikací. Studijní obor je uskutečňován za podpory letitých zkušeností Institutu managementu zdravotnických služeb Fakulty managementu VŠE v Jindřichově Hradci, které institut získal již při spolupráci s AIHA v roce 1996. CEMI je držitelem akreditace IADL<sup>29</sup> a opakovaně spolupracuje i s MZ ČR (Central European Management Institute, 2014).

Další rok 2012 přinesl specializaci **MBA pro zdravotnictví na Vysoké škole ekonomie a managementu (VŠEM)** v Praze. Program vychází z obecného MBA a je doplněn o povinně volitelné předměty v rámci oborové specializace. Délka studia je 12–18 měsíců a je provozováno jak distanční, tak i prezenční formou. VŠEM je držitelem mezinárodní akreditace ECBE<sup>30</sup> a ACBSP<sup>31</sup> ([www.vsem.cz](http://www.vsem.cz)).

Ve stejném roce 2012 zahájil také **Business Institut** v Praze program **MBA Management a řízení ve zdravotnictví**. Studium je rozvrženo do tří semestrů, z nichž každý obsahuje čtyři moduly a je realizováno kombinovanou formou, která zahrnuje e-learning a tři hodiny nepovinných prezenčních lektorských setkání v každém modulu. Institut je akreditován ACBSP a IADL ([www.businessinstitut.cz](http://www.businessinstitut.cz)).

Nové studium **MBA Managementu ve zdravotnictví** bylo otevřeno také v roce 2013 současně dvěma poskytovateli. **European Business School** a **Ústav práva a právní**

---

<sup>29</sup> International Association for Distance Learning – nezávislá organizace UK, která nabízí ověřování a uznávání kvality programů distančního vzdělávání a jeho poskytovatelů (IADL, 2014).

<sup>30</sup> European Council for Business Education – mezinárodní akreditační instituce pro VŠ programy (VŠEM, 2014).

<sup>31</sup> Accreditation Council for Business Schools and Programs – mezinárodní akreditační instituce pro studijní programy podnikové ekonomiky (VŠEM, 2014).

**vědy** sídlí na stejné adrese, ale každý má své vlastní studenty, kteří studují totožný distanční program. Délka studia obnáší 12–14 měsíců a 11 modulů. Vybrané moduly zahrnují 2–4 prezenční nepovinná setkání v rozsahu 90 minut. Ostatní výuka je vedena e-learningovou formou. Ústav práva a právní vědy je akreditován IADL a MZ ČR (European Business School, 2014; Ústav práva a právní vědy, 2014).

Poslední nově vzniklý program **MBA** v oboru **Managementu ve zdravotnictví** otevřela v loňském roce 2013 **Cambridge Business School** v centru Prahy. Distanční forma studia představuje 2 semestry po pěti modulech. Během každého modulu absolvují studenti 3x45 minut prezenčního výkladu. CBS je členem několika mezinárodních asociací a je akreditováno IADL ([www.cambschool.cz](http://www.cambschool.cz)).

### **2.2.3 Současné aktivní programy managementu zdravotnictví**

V současné době jsou tedy v ČR pro nelékařské zdravotnické pracovníky ke zvyšování kvalifikace v managementu zaměřeném konkrétně na zdravotnictví dostupné nebo přímo určené a relevantní následující programy:

#### **Liniová a střední úroveň řízení:**

- IPVZ Praha + NCO NZO Brno – specializační vzdělávání Organizace a řízení ve zdravotnictví,
- NCO NZO Brno – certifikovaný kurz CŽV Rozvoj a řízení zdravotnického zařízení – management 21. století,
- Technická univerzita v Liberci – Ústav zdravotnických studií, kurz CŽV Specifika práce sestry manažerky.

#### **Střední a vrcholová úroveň řízení:**

- FHS UK – Katedra řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních organizacích, magisterský navazující program Řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních organizacích,
- Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně – Fakulta managementu a ekonomiky, navazující magisterský program Management ve zdravotnictví,
- Centre of Excellence in Healthcare Management (HMC) v Praze – akreditovaný kurz MINI MBA pro sestry.

### **Vrcholová úroveň řízení:**

- Sedm MBA programů zaměřených na management zdravotnictví. Toto vzdělávání je určeno pro pracovníky top managementu, kterých je v řadách nelékařských zdravotníků poměrně malý počet.

## **2.3 Český a americký model hodnocení formálních programů managementu zdravotnictví**

Hodnocení studijních programů je ovlivněno formálními i neformálními vztahy, řídicími mechanismy a strukturou dané vysoké školy. Úspěšné hodnocení je takové, které podrobuje studijní program kritickému posouzení a rozboru jeho stavu (Freibergová, 2000). Freibergová (2000: 35) udává jako hlavní důvod hodnocení kvality studijního programu „... získání informací o stupni jeho účinnosti.“ Cílem je určení přínosu a hodnoty programu vzhledem k určitým kritériím. „Základním kritériem kvality studijních programů by mělo být posouzení, jak studijní program připraví studenta pro další uplatnění na trhu práce a/nebo pro další studium.“ (Freibergová, 2000: 36)

Důležitým aspektem hodnocení je porovnání deklarovaných poslání a cílů s vědomostmi a kompetencemi, které student získal v průběhu studia. Zahraniční modely hodnocení studijních programů, zejména v rámci EU, používají většinou totožný princip vnějšího a vnitřního hodnocení. Vnitřní hodnocení je v kompetenci poskytovatele studijního programu a jeho výstupem je sebehodnotící studie, zatímco vnější hodnocení, včetně posouzení zmíněné studie, provádí nezávislá komise externích expertů. Péče o kvalitu studijních programů je chápána jako nepřetržitý proces probíhající v cyklech. Na podporu kontinuity hodnotícího procesu by měla být průběžně monitorována výuka, výkon a přístup studentů nejlépe prostřednictvím evaluace na konci každého semestru (Freibergová, 2000).

Kvalitu vzdělávacích programů v České republice zajišťují akreditační mechanismy založené na přijetí Evropských standardů a směrnic (ESG – European Standards and Guidelines), vytvořených Evropskou asociací pro zajištění kvality v terciárním vzdělávání (ENQA) ve spolupráci s EUA<sup>32</sup>, EURASHE<sup>33</sup> a ESIB<sup>34</sup> na podporu cílů Boloňského procesu (Šebková, Šmrčka, 2008).

---

<sup>32</sup> Evropská asociace univerzit

České vysokoškolské programy podléhají podle Zákona č. 111/1998 Sb.<sup>35</sup> povinné akreditaci, kterou na základě doporučení AK uděluje MŠMT<sup>36</sup>. Žádosti o akreditaci vyhodnocuje Akreditační komise podle platných standardů (viz kap. 0). Při posuzování programů AK zkoumá, zda je kurikulum v souladu s platnou legislativou. Hodnocení kvality dále vychází ze zjištění, zda je v souladu také cíl studia s profilem absolventa a nabídkou povinných a povinně volitelných předmětů. Dalším hlediskem hodnocení je personální i materiální zabezpečení programu a dostupnost podpůrných služeb, např. knihoven, počítačových učeben apod. (Šebková, Šmrčka, 2008).

Všeobecné standardy<sup>37</sup> uvádějí minimální požadavky na obsah studia, informační a přístrojové zabezpečení, garanta studijního programu a personální zabezpečení. V případě aplikovaného managementu<sup>38</sup> musí příslušné programy v souladu se specifickým standardem AK<sup>39</sup> obsahovat kromě samotného managementu (řízení lidských zdrojů, metody a techniky managementu, manažerské dovednosti apod.) „... i další předměty ekonomického zaměření – *Základy ekonomie, Marketing, Právo (ve formě znalostí základů práva), případně Statistika (například Statistické metody v ekonomii či případně i další předmět pro zpracování informací)*.“ (Akreditační komise, 2013).

Jak bylo uvedeno v kapitole 2.2.3, české programy managementu ve zdravotnictví na terciárním stupni vznikaly v letech 1996–1998 ve spolupráci s americkými univerzitami v rámci projektu na vytvoření sítě vzdělávacích center zdravotnického managementu. Podívejme se tedy také, jak vypadá model hodnocení programů oboru řízení zdravotnictví v USA.

Jedinou oficiální institucí pro udělování akreditací studijním programům v USA, které nabízejí profesionální magisterský nebo bakalářský titul v oboru řízení zdravotnictví, je organizace CAHME - Commission on Accreditation Healthcare Management Education.

---

<sup>33</sup> Evropská asociace institucí terciárního vzdělávání.

<sup>34</sup> Národní studentské svazy v Evropě.

<sup>35</sup> Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů.

<sup>36</sup> V případě programů managementu ve zdravotnictví je to MŠMT, pokud se jedná o program zdravotnického zaměření, kdy je absolvent způsobilý k výkonu zdravotnického povolání, je k akreditaci nutné vyjádření stanoviska MZ.

<sup>37</sup> Standardy Akreditační komise pro posuzování žádostí o akreditaci, rozšíření akreditace a prodloužení akreditace studijních programů a jejich oborů (Akreditační komise, 2003).

<sup>38</sup> Aplikovaný management – spojení specifické odborné disciplíny s výchovou odborníků v ekonomice a managementu.

<sup>39</sup> Standardy Akreditační komise pro studijní programy z oblasti aplikovaného managementu (Akreditační komise, 2013).

Organizace byla k této odpovědnosti uznána Radou pro akreditaci vysokoškolského vzdělávání<sup>40</sup> (www.cahme.org).

Na rozdíl od českého modelu, kde je platný obecný standard pro vysokoškolské programy s krátkým dodatkovým standardem pro obecný aplikovaný management, jsou CAHME kritéria vytvořena konkrétně na programy řízení zdravotnictví. Standard CAHME klade důraz na principy vzdělávání dospělých, na rovné příležitosti všem a nediskriminaci na základě pohlaví, věku, vyznání, rasy, etnického původu, zdravotního postižení nebo sexuální orientace v každé činnosti související s tímto vzděláváním. CAHME požaduje, aby základem kurikula byl soubor kompetencí, který určuje vzdělávací cíle, obsah výuky a metody hodnocení. Studijní programy jsou tak organizovány systémem **vzdělávání podle kompetencí**. Při posuzování programů CAHME hodnotí, zda je soubor těchto kompetencí předávaných studiem v souladu s posláním a profilem absolventa.

Standard CAHME dále navíc oproti českým standardům určuje, že osnovy programu mají rozvíjet kompetence v oblasti komunikace, mezilidské efektivity, kritického myšlení, analýzy a řešení problémů. Dalším kritériem hodnocení je, zda program reaguje na změny v systému zdravotnictví a změny manažerské teorie a praxe a zda v souvislosti s nimi jsou korigovány cíle, vize a kompetenční soubor (CAHME, 2013).

Jak již bylo výše zmíněno, v americkém modelu hodnocení a standardech CAHME je na rozdíl od standardů českých kladen konkrétní důraz na **principy vzdělávání dospělých**. Specifické zásady andragogického přístupu ke vzdělávání značně ovlivňují kvalitu učebního procesu a předávání hodnot a kompetencí deklarovaných studijními a vzdělávacími programy. Uplatňování principů vzdělávání dospělých se zásadním způsobem podílí na výsledné efektivitě těchto programů.

## **2.4 Zásady vzdělávání manažerů**

Vzdělávání v managementu zdravotnictví je poskytováno jako profesní vzdělávání pro dospělé jedince, proto by vzdělávací programy měly splňovat principy vzdělávání dospělých, které má na rozdíl od vzdělávání dětí a mládeže svá důležitá specifika. Americký andragogik M. Knowles (in Beneš, 2014) ve svém pojetí vzdělávání dospělých vychází z předpokladu, že dospělý člověk chápe vlastní potřeby, motivace, zájmy,

---

<sup>40</sup> Council for Higher Education Accreditation – Organizace USA pro vnitrostátní samoregulaci akademické kvality prostřednictvím akreditací



schopnosti a cíle. Dospělý také řeší příčiny problémů, zaujímá aktivní postoj k životu, rozvíjí potencialy své osobnosti a akceptuje sám sebe. Knowlesova andragogika je zdrojem metodik využívaných v konceptech vzdělávání dospělých zejména v USA (Beneš, 2014). Podle mínění Mužíka (2004) vyžaduje andragogické pojetí vzdělávání u vzdělávaných přijetí zodpovědnosti za jejich učení a podtrhuje stimulační a facilitační úlohu pedagoga. Pro dospělého jedince představa vzdělávání znamená učení, ne vyučování. Je to proces, který je velmi vázaný na praxi v aktivní a dlouhodobé míře. Učení dospělých zahrnuje to, co potřebují nyní, a má být uskutečňováno podle logiky problému, jak postupuje v praxi. Důraz je kladen na aktivní formy učení, jako je diskuze, týmové projekty, simulace, praxe v terénu a další (Knowles in Holá, 2011).

Pro efektivní vzdělávání dospělých definoval Knowles (in QOTFC, 2007) šest principů:

**Dospělí jsou vnitřně motivováni a uplatňují sebeřízení.** Pedagog by měl vést proces vzdělávání směrem k větší zodpovědnosti vzdělávaného a menší míře přímého dohledu. Provádí pravidelné konstruktivní a konkrétní zpětné vazby (pozitivní i negativní), kontroluje směřování k cíli. Před pasivním dodáním studijních materiálů upřednostňuje podporu samostatného vyhledávání a využívání zdrojů, jako jsou knihy, časopisy, internet apod. Projevuje zájem o myšlenky a názory studenta a pozorně naslouchá položené otázky.

**Dospělí přinášejí do procesu vzdělávání vlastní životní zkušenosti a znalosti, vlastní lidský potenciál.** Studium by mělo umožnit studentům využít jejich stávající základ znalostí a zkušeností a aplikovat je na nové poznatky a zkušenosti získané při studiu. Pedagog by měl pomáhat studentům čerpat z jejich zkušeností při řešení problémů a využívat je při praktických procesech. Podporou sebereflexe studenta podněcuje jeho posouzení stávající zaujatosti nebo návyků a přesměrování k novému chápání prezentovaných informací.

**Dospělí jsou orientováni na cíle.** Jsou připraveni se učit, když prožívají potřebu vyrovnat se s reálnými úkoly a problémy. Pedagog podněcuje zvýšení povědomí o nutnosti konkrétní znalosti nebo dovednosti, poskytuje reálné příklady z praxe nebo případové studie, na kterých demonstrovuje teorii. Pokládá otázky, které u studenta vyvolávají úvahy, zjišťování a další zkoumání.

**Dospělí jsou orientováni na význam.** Chtějí znát důležitost a uplatnění toho, co se učí a čeho mají dosáhnout. Dospělý člověk požaduje ve vyučování poznatky bezprostředně

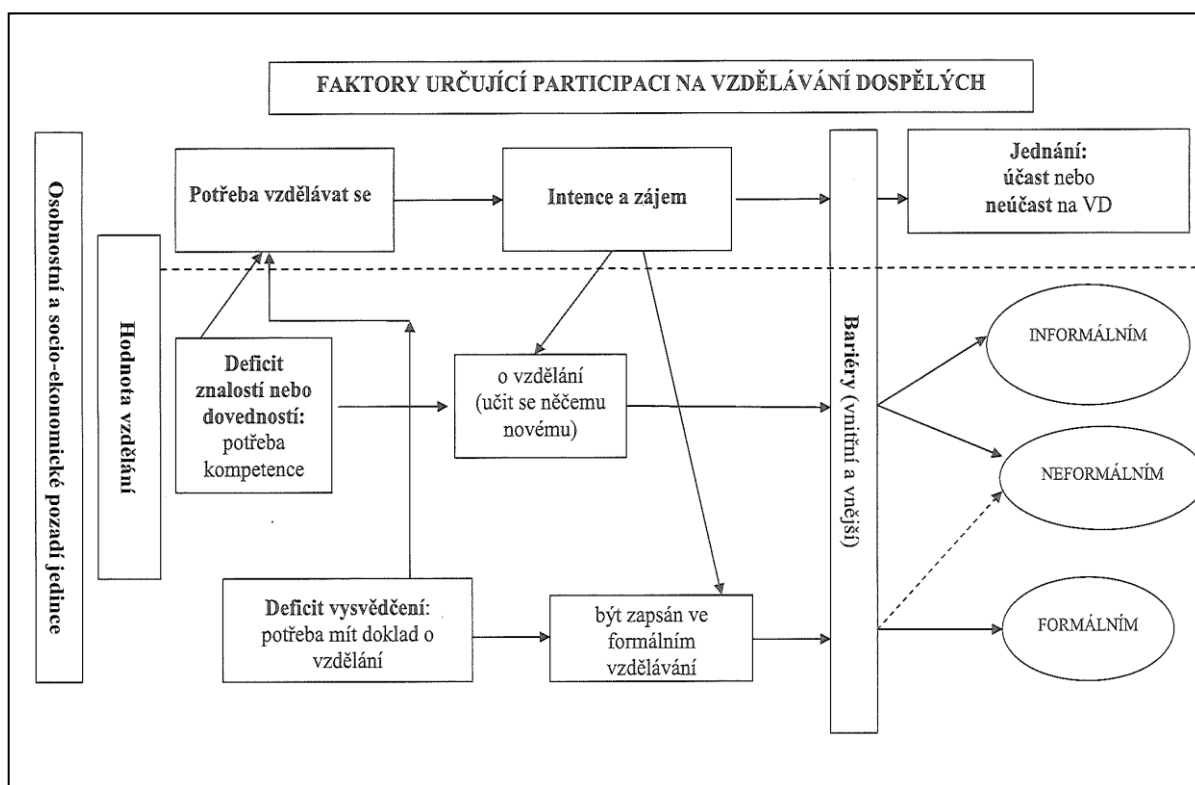
aplikovatelné v terénu, nespokojí se pouze s teoretickým vysvětlením a zdůvodněním. Pedagog by měl studenty vést k uvědomění, jak to, co se naučí, mohou použít v budoucnosti, a jak jim to pomůže naplnit jejich cíle. Dobrým způsobem je uvedení příkladů z praxe, které odráží zájmy studentů, a povzbuzování úvah na využití předaných zkušeností ve vlastním profesním kontextu studenta.

**Dospělí jsou orientováni prakticky.** Prostřednictvím praktických terénních zkušeností, interakcí s reálnými klienty, kolegy a životními situacemi student chápe, jak se teorie vztahuje k životu a pracovnímu kontextu. Pedagog by měl podporovat aktivní účast tím, že nechá studenta věci vyzkoušet spíše než pozorovat. Metody výuky poskytují simulace reálných situací a intervenční procesy s dostatkem opakování pro rozvoj dovedností a kompetencí.

**Dospělí studenti chtějí být respektováni.** Respekt je možné projevit věnováním zájmu a pozornosti, postojem ke studentovi jako ke kolegovi/partnerovi, potvrzením bohatství zkušeností, které do vzdělávacího procesu přináší. Dobrou praxí je také podpora vyjadřování myšlenek, úvah a zpětné vazby studenta na výuku i pedagogy (Beneš, 2014; QOTFC, 2007; Mužík, 2004).

Zásadním činitelem pro naplňování zmíněných principů je **vysoká míra participace** dospělého na vzdělávání, která je do značné míry ovlivněna jeho motivací. Faktory, které určují stupeň participace, znázorňuje Obrázek 1. Pro dospělé jedince bývá rozhodující iniciací motivace ke studiu a aktivní účasti na vzdělávání jejich pracovní a profesní kontext (Rabušicová, Rabušic, 2008).

Obrázek 1: Faktory určující participaci na vzdělávání dospělých (Rabušicová, Rabušic, 2008: 35)



Předpokladem úspěšného vzdělávání a získávání kompetencí v dnešní společnosti je nejen **vědět „co“** (to je mít dostatek znalostí a informací), ale také **vědět „jak“**, čímž se rozumí nabývání a využívání funkčních znalostí a praktických dovedností. Porozumění významu dílčích znalostí a jejich dopadů pro společnost a profesní prostředí vzdělaného představuje pojem **vědět „proč“** a neméně důležité je i **vědět „kdo“** neboli „kdo to ví“, což představuje tvorbu a využívání sítí zdrojů a poukazuje na význam a potřebu spolupráce. Dispozicí pro kompetentní konání je propojení a využívání všech těchto složek. Tato skutečnost iniciuje trend **vzdělávání podle kompetencí** (competency-based approach, dále jen CBA), který je využíván při tvorbě vzdělávacích programů zejména v dalším profesním vzdělávání a je dominujícím přístupem ve vzdělávání dospělých (Veteška, 2010). Úlohou vzdělavatele je „... *nedirektivním způsobem optimalizovat a facilitovat proces získávání a rozvoje kompetencí.*“ (Veteška, 2010: 36). Vzdělávání a učení je organizováno podle toho, „... *jaké kompetence mají být rozvinuty u učících se jedinců, než podle toho, co je obsahem (učivem) konkrétního předmětu nebo souboru podobných předmětů.*“ (Veteška, 2010: 36).

Ve vzdělávání manažerů bylo vždy usilováno o co nejaktivnější formy učení např. simulací modelových situací, hraním rolí apod. Základním procesem je **učení se ze zkušeností**, které poskytuje příležitost pro nepřetržité vlastní zlepšování učícího se jedince pomocí reflexe prožitých zkušeností, vyvozením závěrů a jejich aplikací v nových situacích. Tento proces je nejlépe aplikován prostřednictvím působení skupiny, kde dochází k vzájemnému ovlivňování a učení se jeden od druhého (Folwarczná, 2010).

Zkušenostní učení je základem pro novodobý trend, tzv. **akční učení**, kdy se manažeři učí „... *na základě vlastních nových zkušeností při řešení reálných pracovních situací a problémů.*“ (Folwarczná, 2010: 126). Učení se akcí rozvíjí pochopení podstaty problému a umožňuje navrhnout a zpracovat nová vhodnější řešení. Tím by mělo docházet ke změně uvažování, která se projeví i ve změně chování. Akční učení pracuje s problémy příbuznými nebo totožnými s těmi, které manažeři znají z vlastní praktické zkušenosti, a využívá reálné pracovní situace. V České republice není tato metoda zatím příliš rozšířena, ovšem zahraniční zkušenosti potvrzují, že je vysoce efektivní a že přináší zvyšování produktivity jak jednotlivců, tak i týmů a celých organizací (Folwarczná, 2010).

Principy vzdělávání dospělých a vzdělávání podle kompetencí akční formou by měly být optimálním pilířem tvorby efektivních kurikul zaměřených na problematiku řízení a organizace zdravotnictví. Realizace těchto zásad však může v praxi pokulhávat. Jaká je skutečná situace u vybraných vzdělávacích programů managementu zdravotnictví, které se typově a obsahově odlišují v závislosti na hloubce a intenzitě výuky i zamýšleném uplatnění absolventa v praxi, je předmětem výzkumného šetření třetí kapitoly, kde jsme se věnovali kritickému srovnání obsahu a formy výuky, zkoumání souvislostí s reflexí absolventů a v neposlední řadě dopadu tohoto vzdělávání na osobnostní rozvoj absolventů a jednání v jejich profesní praxi.

### **3. Manažerské programy a dopad jejich studia do praxe**

Poslední hlavní část diplomové práce se zabývá analyticko-výzkumným zkoumáním obsahů a forem výuky vybraných vzdělávacích programů managementu zdravotnictví a vlivem studia na osobnost absolventů a na jejich profesní praxi.

Počáteční kapitoly popisují cíle výzkumu, dále pak metodologii výzkumného šetření a jeho realizaci. Další kapitoly jsou věnovány interpretaci dat, která jsme získali z hloubkových rozhovorů se skupinou respondentů, analýzou kurikul vybraných programů managementu zdravotnictví a jejich kritickým porovnáním s americkými standardy pro vzdělávání v managementu zdravotnictví.

#### **3.1 Výzkumný záměr**

Studiem literárních zdrojů (např. Hospodářová, 2008; Drlíková, 2007; Hekelová, 2012; Harris, 2006), zahraničních výzkumných studií (McKinsey & Company, 2011; Stowe et al., 2010) a českých a amerických standardů (Akreditační komise, 2013; CAHME, 2013) jsme dospěli ke zjištění, že pro výchovu efektivních manažerů je nejdůležitější hodnotou programů to, čemu se má student naučit a jakým způsobem se má učit (metody práce). Při mapování historie manažerských programů jsme také vypátrali, že vzorem pro vytvoření prvních českých vysokoškolských programů byly úspěšné programy amerických univerzit (viz kap. 2.2). Zajímalo nás, zda jsou formy výuky a obsah současných zkoumaných programů srovnatelné s americkými požadavky. Pro výzkumné šetření jsme tedy definovali tyto cíle:

1. Kriticky porovnat obsah a formy výuky vybraných programů managementu zdravotnictví.
2. Zjistit vliv studia zkoumaných programů na osobnostní rozvoj absolventů a jednání v jejich profesní praxi.
3. Porovnat obsah a formy výuky zkoumaných programů s požadavky amerického standardu CAHME (2013).

Výzkumné závěry nelze vztáhnout na problematiku vzdělávání NLZP v managementu zdravotnictví jako zákonité faktory obecně pro celou Českou republiku. Teorie a výstupy uvedené v závěru práce platí pouze pro vzorek respondentů, kteří nám poskytli zkoumaná data. Naše výzkumné šetření chápeme spíše jako připomenutí důležitosti tohoto tématu pro české zdravotnictví, jako inspiraci pro účastníky

manažerského vzdělávání NLZP, ať už na straně vzdělávaných nebo vzdělávajících subjektů, nebo jako inspiraci pro další výzkumné badatele.

### **3.2 Metodologie výzkumu**

Vzhledem k charakteru zkoumané problematiky zkušeností nelékařských zdravotníků při vzdělávání v managementu zdravotnictví a dopadů tohoto vzdělání do praxe jsme zvolili kvalitativní přístup. Strauss a Corbinová (1999: 11) uvádějí, že kvalitativní metoda zkoumání je vhodná v případě „... výzkumu, který se snaží odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem...“. Dle zmíněných autorů může být kvalitativním výzkumem šetření „... týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.“ (Strauss, Corbinová, 1999: 10).

Podle Dismana (2008: 285) je kvalitativní výzkum „... nenumerické šetření a interpretace sociální reality.“, zatímco Švaříček a Šeďová (2007: 17) jej definují jako „... proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat kompletní obraz jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu.“

Zmíněné definice kvalitativního zkoumání korespondují s naším výzkumným záměrem, proto byl tento typ výzkumu pro nás jednoznačnou volbou. „Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací.“ (Švaříček, Šeďová, 2007: 24).

### **3.3 Realizace výzkumného šetření**

Realizace výzkumného šetření se odvíjela od výzkumného záměru a zvoleného typu výzkumu. Jako teoretické východisko nám sloužilo konstatování Švaříčka a Šeďové (2007: 24), že „(p)odstatou kvalitativního výzkumu je doširoka rozprostřený sběr dat, bez toho, že by na počátku byly stanoveny základní proměnné.“. Dvojice autorů dále hovoří o induktivní logice výzkumu, kdy dochází nejprve ke shromáždění dostatečného množství dat, a teprve poté výzkumník pátrá po pravidelnostech vyskytujících se v datech a stanovuje předběžné závěry, pro které hledá v datech další oporu. Výstupem jsou nově formulované teorie či hypotézy podložené důkazy ze zkoumaných dat (Švaříček, Šeďová, 2007).

Provedení našeho výzkumného šetření zahrnovalo nejdříve přípravu hloubkových rozhovorů. Sestavili jsme okruhy výzkumných otázek, které vycházely ze znalosti andragogického modelu vzdělávání a teoretického rámce managementu ve zdravotnictví.

Dalším krokem bylo shromáždění vzorku respondentů podle předem stanovených kritérií a získání konkrétních kurikul absolvovaných programů. Kurikula jsme následně zkoumali metodou analýzy dokumentů.

Data z uskutečněných rozhovorů jsme dále zpracovávali technikou tzv. otevřeného kódování, analýzou jevů, jejich seskupováním do kategorií a využitím induktivní logiky při tvorbě a potvrzování teorií. Tyto činnosti vycházely ze strategického způsobu analýzy dat označovaného jako zakotvená teorie<sup>41</sup>, kdy se nejedná o testování teorií jako v jiných výzkumných metodách, ale k jejich vytváření dochází až v průběhu zpracování dat (Hendl, 2008). Strauss a Corbinová (1999: 14) zakotvenou teorii popisují jako teorii, která je „... induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje.“ Dále o teorii uvádějí, „... že je odhalena, vytvořena a prozatím ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují.“ (Strauss, Corbinová, 1999: 14).

Validita získaných výstupů našeho výzkumného šetření byla podpořena tzv. datovou triangulací, kdy jsou data získávána z různých datových zdrojů (Hendl, 2008), v našem případě z analýzy dokumentů programů manažerského vzdělávání a z rozhovorů s respondenty. Cílem zmíněné triangulace datových zdrojů je konfrontace oficiálně deklarovaných jevů kurikul se subjektivním vnímáním respondentů.

### 3.3.1 Vzorek respondentů

Pro výběr respondentů jsme si stanovili specifická kritéria. Prvním zásadním požadavkem na účastníky výzkumu byla jejich profese nelékařského zdravotnického pracovníka. Měli jsme zájem o výpovědi absolventů různorodých programů managementu ve zdravotnictví, které by reflektovaly uplatnění tohoto manažerského studia v praxi. Proto dalším kritériem byla skutečnost, aby respondent ukončil studium zdravotnického managementu minimálně rok před poskytnutím rozhovoru a aby se stále nacházel na pracovní pozici v odvětví zdravotnictví.

---

<sup>41</sup> Grounded theory. Tento postup vytvořili američtí sociologové B. Glaser a A. Strauss (Hendl, 2008).

Výběr respondentů a potažmo studijních programů byl závislý na dostupnosti získání kontaktů na absolventy. Oslovili jsme známé zdravotníky, o kterých jsme věděli, že podobné studium absolvovali. Oslovili jsme také některé vrchní a hlavní sestry velkých nemocnic prostřednictvím e-mailových adres a telefonních kontaktů zveřejněných na webových stránkách institucí. Dále jsme telefonicky nebo e-mailem kontaktovali studijní oddělení vytipovaných programů. Zaměstnanci studijních oddělení však nejsou kompetentní k poskytnutí kontaktů na absolventy bez jejich souhlasu, proto jsme byli odkázáni pouze na přeposlání písemné výzvy s prosbou o spolupráci a poskytnutí rozhovoru. Na výzvu bohužel reagovalo méně zdravotníků, než jsme očekávali. Jedním z neúspěšných pokusů bylo i opakované umístění inzerce na sociální síti Facebook. Další metodou získávání respondentů bylo nabalování, které Miovský (2006) popisuje jako tzv. válení sněhové koule (snowball sampling), kdy byli další respondenti získáváni na doporučení již kontaktovaných osob.

Ze značného množství oslovených osob se ke spolupráci přihlásilo 22 potencionálních respondentů. Z nich byli někteří vyselektováni, protože nesplňovali výše uvedená kritéria na délku praxe po studiu, profesní zařazení nebo požadavek absolvování konkrétně zdravotnického managementu. Jeden respondent nebyl využit z důvodu značné vzdálenosti a technických překážek při pokusu o rozhovor přes internetovou komunikační aplikaci, dva od svého souhlasu posléze odstoupili pro časovou vytíženost a jeden respondent po počátečním souhlasu bez další komunikace nerefletoval na smluvený termín rozhovoru, ani na opětovný pokus o kontakt. Z původního počtu potencionálních respondentů se nám podařilo uskutečnit rozhovory s třinácti absolventy pěti různých typů programů managementu ve zdravotnictví, z nichž byly zhruba dvě třetiny žen a třetina mužů. Součástí vzorku je pět vedoucích pracovníků a devět řadových zaměstnanců ve smyslu vertikální hierarchie řízení. Manažeři kvality byli čtyři vůči devíti ostatním profesním zařazením. Délka praxe ve zdravotnictví po ukončení studia se pohybovala v rozmezí 2–5 let.

Respondentům jsme z důvodu anonymity přiřadili zástupná pojmenování náhodně vybranými křestními jmény.

**FHS UK – magisterský navazující program Řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních organizacích**

- Milan, 39 let, zdravotnický záchranář, školící pracovník, 4 roky po studiu,



- Marek, 42 let, radiologický asistent, manažer kvality, interní auditor, 4 roky po studiu,
- Magda, 55 let, zdravotní sestra, manažer kvality, auditor, 5 let po studiu,
- Jana, 46 let, zdravotní sestra, koordinátor klinických studií, manažer kvality, 4 roky po studiu,
- Dita, 58 let, zdravotní sestra, školící sestra, manažer vzdělávání sester, 5 let po studiu.

**UPOL - magisterský navazující program Ekonomika a řízení zdravotnictví, obor Management ve zdravotnictví**

- Zuzana, 27 let, porodní asistentka, manažer kvality, 2 roky po studiu,
- Petr, 34 let, radiologický asistent, školící pracovník, 3 roky po studiu,
- David, 29 let, zdravotní sestra, projektový manažer a vedoucí oddělení klinického výzkumu ve zdravotnictví, 4 roky po studiu.

**BIVŠ a. s. - bakalářský obor Ekonomika a management sociálních a zdravotních služeb**

- Radka, 46 let, zdravotnický asistent, manažer kvality, tisková mluvčí nemocničního zařízení, 2 roky po studiu,
- Ivana, 45 let, vrchní sestra, 2 roky po studiu.

**AHCM - MBA ve zdravotnictví**

- Lada, 43 let, zdravotní sestra, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v nemocničním zařízení, 2 roky po studiu.

**IPVZ Praha – třítydenní kurz individuálního projektu MZ ČR Management a ekonomika ve zdravotnictví**

- Anna, 55 let, vrchní sestra, 2 roky po absolvování kurzu,
- Lenka, 49 let, vrchní sestra, 2 roky po absolvování kurzu.

### 3.3.2 Specifikace analyzovaných programů

Vzorek respondentů absolvoval pět různých manažerských programů, které byly již zmíněny v kapitole 2.2.2 o historii manažerských programů v České republice. Ve výběru jsou zastoupeny programy vysokoškolské (státního i soukromého sektoru), a dva programy neformálního celoživotního vzdělávání. Podrobná charakteristika programů je uvedena v příloze č. 3.

1. FHS UK Praha – magisterský navazující program Řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních organizacích,
2. UPOL – magisterský navazující program Ekonomika a řízení zdravotnictví, obor Management ve zdravotnictví,
3. BIVŠ a.s. Praha – bakalářský program Ekonomika a management sociálních a zdravotních služeb, soukromý sektor,
4. IPVZ Praha – třítydenní kurz individuálního projektu MZ ČR Management a ekonomika ve zdravotnictví,
5. AHCM Čelákovice – MBA ve zdravotnictví.

### 3.3.3 Techniky sběru dat

Sběr dat našeho výzkumného šetření jsme v případě získání informací od respondentů uskutečňovali formou hloubkových rozhovorů, zatímco ke zkoumání kurikul manažerských programů jsme použili analýzu dokumentů.

#### 3.3.3.1 Hloubkový rozhovor

Vhodnou technikou sběru dat pro náš výzkumný záměr se jevil nejčastěji používaný hloubkový rozhovor. Podle definice Švaříčka a Šed'ové (2007: 159) se jedná o „... *nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.*“ Vzhledem k předem připravenému seznamu témat a otázek, který jsme během rozhovoru doplňovali dalšími improvizovanými upřesňujícími dotazy, se v našem výzkumném šetření jednalo o polostrukturovaný typ rozhovoru.

Účastníci výzkumu pocházeli z různých míst České republiky, tudíž osobní komunikace nebyla kvůli vzdálenosti vždy realizovatelná, proto jsme ve čtyřech případech k uskutečnění rozhovoru využili internetovou komunikační aplikaci Skype. Osobní setkání

probíhala v sedmi případech na pracovišti dotazovaného v izolovaném prostředí vlastní nebo zapůjčené kanceláře, ve dvou případech z důvodu nedostatku vhodnějšího prostoru v kavárně. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon.

Během uskutečňování rozhovorů jsme měli na paměti nejen snahu o získání co největšího množství potřebných dat, ale i etickou stránku výzkumného šetření. Respondenty jsme plně seznámili s okolnostmi a účelem výzkumu a s podmínkami poskytnutí rozhovoru. Důraz jsme kladli na anonymitu respondentů a získaných dat i svobodu odmítnutí odpovědí na otázky, případně vyjmutí nechtěných prohlášení. Po dostatečném porozumění dotazovaní jedinci potvrdili informovaný souhlas: při osobním setkání písemně, při komunikaci přes Skype slovně v úvodu rozhovoru. Výchozí soubor otevřených otázek jsme zaměřili na tři tematické okruhy:

**Úvod do studia:** motivace ke studiu; volba studijního programu; dosavadní zkušenosti s tímto oborem.

**Průběh studia:** interakce s vyučujícími; obsah výuky; metody výuky; organizace studia; užitečnost vyučovaných předmětů.

**Dopady do praxe:** profesní využití v praxi po ukončení studia; postup v profesní kariéře; vliv studia na osobnost respondenta, změna postojů.

Po celou dobu výzkumného šetření, tedy i při přípravě otázek, jsme čerpali inspiraci od zkušených výzkumníků z literárních zdrojů. Hendl (2008: 169) uvádí, že „*(n)ejdříve klademe otázky zaměřené na přítomnost a teprve pak na budoucnost a minulost.*“ Dále navrhuje začít s otázkami, „... *jež se týkají neproblémových skutečností, např. současných aktivit, zkušeností a chování jedince.*“ (Hendl, 2008: 169). Podle Švaříčka a Šed'ové (2007) by úvodní otázky měly být jednoduché, měly by demonstrovat empatii výzkumníka a navodit spontánní vyprávění účastníka.

Dalším krokem je kladení hlavních otázek s cílem získat informace o interpretacích, názorech, pocitech, dojmech a přesvědčeních dotazovaného ve vztahu ke zkoumané problematice (Švaříček, Šed'ová, 2007). Hendl (2008: 169) sdílí zkušenost, že „*(v) kvalitativním rozhovoru se poměrně rychle přechází k vlastnímu předmětu rozhovoru.*“ Autor v této fázi považuje za nutné, aby byl již nastolen určitý kontext pro znalosti a dovednosti dotazovaného a aby mezi respondentem a badatelem již byla navozena atmosféra důvěry (Hendl, 2008).

Ukončení rozhovoru by se nemělo odehrávat ve spěchu (Švaříček, Šed'ová, 2007), proto jsme respondentům v závěru poskytli dostatek času na doplnění jejich předchozího vyprávění a prostor na jejich otázky. Poslední tečkou bylo poděkování účastníkům za jejich spolupráci.

### **Osobní reflexe k rozhovorům**

V rámci našeho výzkumného šetření jsem jako tazatelka uskutečňovala vůbec první výzkumné rozhovory v mé krátké badatelské praxi. Prvním dotazovaným byla známá zdravotní sestra, u které jsem měla jistotu podnětné kritiky a shovívavosti při mých drobných neprofesionálních pochybeních během kladení otázek. Dalším důvodem, proč jsem právě ji zvolila jako svého prvního respondenta, bylo i to, že se již delší dobu známe z pracovního kontaktu. Tím se atmosféra důvěry a otevřenosti mezi námi vytvořila již v úvodu rozhovoru a moje nervozita se snížila na minimum. Po této první zkušenosti jsem byla nucena konstatovat, že připravené otázky nejsou úplně dostačující a že je nutné je upravit a rozšířit o další témata. Jak postupně přibýval počet splněných interview, cítila jsem se jistější a zvládala jsem rychleji reagovat doplňujícími otázkami.

Součástí výzkumných rozhovorů byly i terénní poznámky, kde jsem si zaznamenávala zajímavé okolnosti a postřehy získané pozorováním, týkající se například rušivých elementů při rozhovorech. Významným rušivým faktorem byl ve dvou případech rozhovorů, vedených v kavárně, hluk. Diktafon byl velmi citlivý a i přes málo frekventovanou otevírací hodinu, ochotný personál, který po dobu rozhovoru vypnul reprodukovanou hudbu, a méně frekventovanou ulici, byla nahrávka hůře srozumitelná. Dalším překvapením ohledně akustiky byla nahrávka jiného rozhovoru, který se odehrál v poměrně prostorné místnosti s vysokým stropem a skromným vybavením. Vyprávění respondenta na nahrávce rušila silná ozvěna, kterou jsme při živé komunikaci nezaznamenali. Nej kvalitnější nahrávky byly nakonec ty, které byly vedeny přes internetovou aplikaci Skype. Respondenti překvapivě jeví i více soustředění na dotazovaná témata. Ačkoliv jsme hovořili bez osobního kontaktu, vznikla bez problémů vyhovující přátelská a otevřená atmosféra. Domnívám se, že důvodem uvolněnosti dotazovaných přes Skype mohla být menší časová tíseň, pohodlí domova a pocit větší anonymity.

Zajímavou zkušeností byla různorodost osobnostních typů respondentů. Jeden z dotazovaných byl velmi komunikativní, o téma výzkumného šetření jevil velký zájem.

Již před začátkem rozhovoru, aniž bych začala klást otázky, se rozpovídal a přeskakoval různá témata. Domluvili jsme si tedy určité gesto, kterým jsem jej během interview několikrát upozornila na odbíhání od tématu a někdy se neúspěšně pokoušela zarazit tok řeči. Tento rozhovor jako jediný trval více než jednu hodinu. Ačkoliv jsem nakonec při zpracování dat musela vyfiltrovat spoustu opakujících se tvrzení a irelevantních informací (např. informace o sestře a babičce respondenta), dospěla jsem při zpracování dat ke zjištění, že rozhovor přinesl mnohem více zajímavých a výzkumu prospěšných informací než ostatní interview.

Důležitým poznatkem z rozhovorů je také skutečnost, že si někteří respondenti díky kladeným otázkám uvědomili význam jejich vzdělání pro jejich profesní praxi a určité souvislosti, kterým dříve nevěnovali pozornost. Jedna z respondentek v průběhu komunikace překvapivě dospěla ke zjištění, že ikdyž měla doposud jako řadová zaměstnankyně pocit zbytečnosti jejího manažerského vzdělání, iniciovala díky získaným vědomostem ze studia na svém pracovišti zavedení několika významných změn, vedoucích ke zlepšení pracovních podmínek celého kolektivu. V závěru zhodnotila náš rozhovor jako obohacující. Uvědomila jsem si, že hloubkový rozhovor nemusí být důležitý pouze pro badatele, ale že může přinést užitek i účastníkům v podobě uvědomění, pochopení a lepšího poznání sebe sama.

### **3.3.3.2 Analýza dokumentů**

Technikou etapy zkoumání kurikul programů managementu ve zdravotnictví, absolvovaných našimi respondenty, byla analýza dokumentů. V kapitole 2.2.1 jsme v souvislosti s mapováním historie manažerských programů zmiňovali analýzu dokumentů chápanou v širším pojetí, kdy se jednalo o analýzu libovolných existujících zdrojů dat a veškerých předmětných svědectví, vztahujících se k cílům studie (Miovský, 2006).

Zkoumání kurikul odpovídá naopak analýze dokumentů v užším pojetí. Kutnohorská (2009) k tématu analýzy dokumentů vyslovuje tvrzení, že se jedná o analýzu čistě písemných svědectví. Hendl (2008: 130) definuje pojem dokument jako „... *všechno napsané nebo prostě zaznamenané...*“ Užší pojetí analýzy dokumentů podle Miovského (2006) představuje výzkumnou techniku, založenou na analýze materiálu, který není vytvářen výzkumníkem, ale který již existuje a je výzkumníkem vyhledáván a objeven. „*Analýzu dokumentů můžeme charakterizovat jako intenzivní rozběr a analýzu dokumentu,*

*který je ve své jedinečnosti co nejobsáhleji objasňován a interpretován.*“ (Miovský, 2006: 100).

Hendl (2008) popisuje šest kritérií posuzování dokumentu<sup>42</sup>. Pro náš výzkumný záměr bylo důležité jediné kritérium, a to hodnocení vnitřních znaků. Kritické porovnání jsme prováděli na základě teoretických znalostí obecného pojmu „vzdělávací program“ (Kolář, 2012; Čábalová, 2011), a na základě modelů hodnocení vysokoškolských programů (Akreditační komise, 2013; CAHME, 2013; Šebková, Šmrčka, 2008).

### 3.3.4 Zpracování dat

První fázi zpracování dat jsme uskutečnili metodou otevřeného kódování. Strauss a Corbinová (1999: 43) definují zmíněnou metodu jako „... část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.“ Přepisy rozhovorů s očíslovanými řádky jsme analyzovali a primárně zpracovávali procesem konceptualizace. Tímto termínem se rozumí „... interpretativní postup, při kterém se snažíme k popisovanému jevu vytvořit určitý základní výklad...“ (Miovský, 2006: 228) a přidělit mu název, který jej bude reprezentovat, přičemž „... podobným jevům mohou být přiřazena stejná jména.“ (Strauss, Corbinová, 1999: 44). Seznam pojmů, čítající desítky položek, jsme následně revidovali a podle zdánlivé podobnosti seskupovali do vyššího řádu, takzvaných kategorií. Pro lepší přehlednost jsme si kategorie barevně rozlišili. Systém kategorizace jsme chápali v tomto stadiu jako dočasný, později jsme ještě jednotlivé kódy i celé kategorie přeskupovali a přejmenovávali v kontextu nově objevených souvislostí a jevů. Strauss a Corbinová (1999: 45) potvrzují, že „... v této fázi považujeme jakékoliv navrhované vztahy stále za provizorní.“

Kategorie jsme dále třídili na subkategorie a určovali jsme jejich vlastnosti a jednotlivé dimenzionální škály. To nám pomohlo nacházet pravidelnosti a vztahy mezi různými opakujícími se jevy. „(V)lastnosti jsou charakteristiky nebo znaky kategorie ... dimenze reprezentují umístění vlastnosti na nějaké škále ... Jsou základem pro vytváření vztahů mezi kategoriemi, subkategoriemi a hlavními kategoriemi.“ (Strauss, Corbinová, 1999: 48). Postupovali jsme metodou axiálního kódování, tedy procesy „... pomocí nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány prostřednictvím vytváření spojení (vazeb) mezi kategoriemi.“ (Miovský, 2006: 229).

---

<sup>42</sup> Kritéria posouzení dokumentu podle Hendla (2008) jsou: typ dokumentu, vnější znaky (písmo, ilustrace apod.), vnitřní znaky (obsah, výpovědní hodnota), intencionalita dokumentu (jeho hodnota pro vědce), blízkost dokumentu k předmětu zkoumání, původ dokumentu.

Během zpracování dat jsme objevovali nové jevy a kontexty, které bylo potřeba rozvinout. Znovu jsme tedy kontaktovali respondenty, pokládali jim doplňující otázky a sbírali další údaje. „*Zakotvená teorie obvykle vyžaduje víc vstupů do terénu. Data jsou analyzována mezi těmito vstupy. Sběr dat pokračuje tak dlouho, až je teorie saturována.*“ (Hendl, 2008: 126) Jako příklad mohu uvést situaci, kdy jsme se „ex post“ doptávali absolventů programů, ve kterých nebyla v kurikulu zahrnuta i problematika sociálních služeb, na jejich názor na propojení studia managementu zdravotnictví s řízením a organizací sociální sféry.

Již v průběhu otevřeného kódování vyvstávalo množství otázek, např.: Jakou formu výuky respondenti upřednostňovali? Jakým způsobem je podle kurikul podporováno propojení teorie s praxí?

Vytvářeli jsme primární teorie, které jsme následně potvrzovali nebo vyvraceli opětovným zkoumáním dat a pátráním po důkazech. Identifikací klíčových jevů a hledáním souvislostí jsme se postupně propracovávali přes dílčí výzkumné otázky ke třem výzkumným otázkám hlavním.

### **3.4 Hlavní výzkumné otázky**

Od počátku našeho kvalitativního šetření bylo naším záměrem kriticky porovnat obsah a formy výuky programů manažerského vzdělávání nelékařských zdravotníků a zjistit, jaký mělo studium dopad na osobnostní rozvoj a profesní jednání absolventů.

Teoretický rámec výzkumného šetření pro nás tvořily teorie řízení v oblasti zdravotnictví a české a americké standardy manažerského vzdělávání (Akreditační komise, 2013; CAHME, 2013). K porovnání programů jsme využili informace prezentované kurikuly, dále pak reálných zkušeností absolventů těchto programů. Výzkumné šetření se opírá o poznatky existujících modelů dobré praxe v řízení jako je etika managementu, kompetence manažera, klíčové kompetence apod. (Folwarczná, 2010; Kalousková, 2006). Další oporou nám byl andragogický model, tzv. akční učení a principy vzdělávání dospělých, ze kterých vycházejí také úspěšné zahraniční programy vzdělávání manažerů (Beneš, 2014; QOTFC, 2007; Mužík 2004, Prokopenko, Kubr a kol., 1996).

#### **Hlavní výzkumné otázky tedy zní:**

**HVO1:** Jaký je obsah a formy výuky zkoumaných programů? V čem se programy z hlediska obsahu a forem výuky liší?

**HVO2:** Jak studium programu managementu zdravotnictví ovlivnilo osobnostní rozvoj respondenta a jeho jednání v profesní praxi?

**HVO3:** Jaké prvky amerického standardu jsou z hlediska obsahu a forem výuky ve zkoumaných programech naplňovány?

### **3.4.1 Operacionalizace dílčích výzkumných otázek**

**HVO1: Jaký je obsah a formy výuky zkoumaných programů? V čem se programy z hlediska obsahu a forem výuky liší?**

Indikátory: obsah vyučovaných předmětů, názory respondentů na užitečnost vyučovaných témat, metody výuky, názory respondentů na metody výuky

**DVO 1/1: Co je obsahem zkoumaných programů?**

- Jaká vyučovací témata jsou stejná ve všech programech?
- Jaká vyučovací témata jsou v programech rozdílná?

**DVO 1/2: Jaká je spokojenost absolventů s obsahem jejich programu?**

- Jaké jsou názory absolventů na vyučované předměty v jejich vzdělávacím programu?
- Jaké jsou názory absolventů na témata, která v jejich vzdělávacím programu chyběla?
- Co absolventi v obsahu výuky postrádali?
- Jak hodnotí absolventi zaměření programů konkrétně pro obor zdravotnictví?

**DVO1/3: Jaké formy výuky uskutečňovaly programy?**

- Jaké teoretické metody výuky byly v programech používány?
- Jaké teoreticko-praktické metody výuky byly v programech používány?
- Jaké praktické metody výuky byly v programech používány?
- Jaké metody výuky byly odlišné v jednotlivých programech?



#### **DVO 1/4: Jaká je spokojenost absolventů s metodami výuky v jejich programu?**

- Jaké jsou názory absolventů na poměr aktivních a pasivních metod výuky v jejich vzdělávacím programu?
- Jaké formy výuky absolventi ve svém programu hodnotí kladně?
- Jaké formy výuky absolventi ve svém programu postrádali?

#### **HVO2: Jak studium programu managementu zdravotnictví ovlivnilo osobnostní rozvoj absolventa a jeho jednání v profesní praxi?**

##### **DVO2/1: Jak studium ovlivnilo osobnostní rozvoj absolventa?**

Indikátory: morální rozvoj, sociální rozvoj, rozvoj etického vnímání, objevení vlastních schopností a limitů.

- Co si respondenti o sobě uvědomili?
- Jak se změnilo postoje respondentů?
- Jak se změnilo vnímání hodnot respondenta?

##### **DVO2/2: Jak studium ovlivnilo jednání absolventů v profesní praxi??**

Indikátory: vzdělávací potřeby respondentů, změna v pracovním zařazení, změna v pracovních aktivitách.

- Jak se změnilo pracovní postavení respondenta?
- Jaké znalosti a dovednosti získané studiem respondenti využívají v profesní praxi?
- Jaké změny respondent v pracovní praxi inicioval nebo uskutečnil?
- Co dělají respondenti pro zlepšení pracovních podmínek?
- Co dělají respondenti pro zlepšení služeb poskytovaných ve zdravotnictví?

**HVO3: Jaké prvky amerického standardu jsou z hlediska obsahu a forem výuky ve zkoumaných programech naplňovány?**

Indikátory: vyučovaná témata, metody výuky, požadavky standardu CAHME.

**DVO 3/1: Jak naplňuje obsah programů požadavky amerického standardu?**

- Co je požadovaným obsahem programů managementu v amerických standardech?
- V čem odpovídá obsah zkoumaných programů požadavkům amerického standardu?
- Jaký je rozdíl mezi obsahem zkoumaných programů a požadavky amerického standardu?

**DVO3/2: Jak naplňují formy výuky programů požadavky amerického standardu?**

- Jaké požadavky na formy výuky americký standard uvádí?
- V čem formy výuky odpovídají požadavkům amerického standardu?
- V čem formy výuky americkému standardu neodpovídají?

### ***3.5 Interpretace a diskuze dat***

Následující interpretace dat je rozdělena do oblastí, které odpovídají hlavním výzkumným otázkám. Text je členěn do kapitol několika úrovní, které reprezentují kategorie a případně subkategorie, vytvořené při otevřeném kódování.

Namísto dlouhých a podobných názvů programů používáme raději zkratky institucí, které programy realizovaly. Výzkumné šetření se týkalo tří vysokoškolských programů, dvou magisterských (UPOL, FHS) a jednoho bakalářského (BIVŠ), dále dvou programů patřících do skupiny neformálního celoživotního vzdělávání, MBA (AHCM) a kurzu (IPVZ).

Některé výpovědi respondentů jsou v následujícím textu z důvodu srozumitelnosti mírně poupraveny, striktně jsme však dbali na zachování jejich významu a kontextu.

### **3.5.1 Co a jak se učí manažeři zdravotnictví**

Učení v programech managementu ve zdravotnictví směřuje k tomu, aby účastník získal odborné kompetence k pracovním činnostem vedoucí pozice a role. Důležitým prvkem vzdělávání je jeho obsah, který v andragogické didaktice není taxativně omezen (Mužík, 2005). K obsahu programů je nezbytné podotknout, že každá instituce má vyučované předměty koncipované rozdílně. Z toho důvodu jsme je porovnávali podle témat výuky, bez ohledu na názvy předmětů. Pojem „vyučovací předmět“ v dalším textu tedy chápeme jako výukové téma. Pozornost jsme věnovali takovým tématům, která se vztahují k manažerské práci zdravotníků. Bakalářský program BIVŠ, který je určen pro absolventy středních škol bez specifikace profesního zaměření, se výrazně odlišuje tím, že součástí výuky jsou i odborné oborové předměty. Pro manažerské působení profesně již erudovaných zdravotníků jsou tyto předměty nepodstatné, proto jsme je do srovnání nezahrnuli.

Neméně důležitým prvkem vzdělávacích programů managementu zdravotnictví jsou také formy výuky, které by měly být přizpůsobeny zásadám vzdělávání dospělých. Zároveň by měly být orientovány na poznávání problémů praxe prostřednictvím teoretických znalostí, analýzy a kritického myšlení, a následně na jejich řešení praktickým zvládnutím (Mužík, 2004). V některých výukových technikách, které byly aplikovány v učebním procesu zkoumaných programů, se prvky poznávání a řešení problému prolínají. Nejvhodnější variací třídění se nám jevílo rozdělení do tří skupin na metody teoretické, teoreticko-praktické a praktické, podle andragogického vzoru uváděného Mužíkem (2004). Kurikula uváděla méně či více konkrétních technik výuky, s výjimkou programu FHS. Zde byla výuka charakterizována převážně popisem činností, které účastníci programu provádějí. Výčet konkrétních metod tak byl odkázán na zjištění z výpovědí respondentů.

#### **3.5.1.1 Hovězí maso není zdravotnictví**

Všechny zkoumané programy měly podle kurikul za cíl vzdělávat účastníky v managementu aplikovaném na zdravotnictví. Jak potvrdí následující kategorie, měly programy v obsahu také přítomny předměty řízení a organizace zaměřené na tento obor. Výzkum prokázal, že názory respondentů na obsah výuky souvisí s jejich uvědoměním, jaká jsou specifika zdravotnického managementu a jaké jsou manažerské potřeby v jejich profesní praxi.

Hekelová (2012) a další odborníci (Hejduková, 2011; Gladkij, 2003) tvrdí, že ve zdravotnictví není nouze o situace, kdy kvůli specifickým tohoto odvětví přestávají fungovat obecně platné principy managementu (viz kap. 1.3). Výzkumem jsme zjistili skutečnost, že si většina dotazovaných již při volbě konkrétního programu uvědomovala odlišnost řízení a organizace ve zdravotnickém odvětví. Petr (UPOL) si myslí, že „... *když prostě do zdravotnictví jdou pracovat lidi, kteří předtím pracovali jako manažer někde v masně, tak to je jako na zvažení, jestli hovězí maso je stejný jako řízení zdravotnictví.*“ Zuzana (UPOL) na dotaz, zda stačí obecný management, odpověděla: „*No tak jako spíš určitě by se měl ten management aplikovat na to zdravotnictví, že to je takový jako charakteristický nebo jako ne charakteristický jako ... specifický prostředí.*“. Respondentům záleželo na tom, aby studovali právě management pro zdravotnictví. Příkladem může být Lenka (IPVZ), která chtěla „... *aby to bylo pro zdravotnictví, protože to zdravotnictví v tom managementu je vopravdu specifický...*“.

Zásadním činitelem v realizaci zdravotnického zaměření programů se však podle výpovědí respondentů projevila **erudovanost lektorů**. Podle Jíry (2004) má být lektor člověk s dostatečným rozsahem vědomostí a zkušeností z oboru, který prezentuje, zároveň je však také musí umět sdělovat a aplikovat. Tento element podporoval celkové uspokojení ze studia oboru u absolventů FHS, UPOL, AHCM a IPVZ.

Anna (IPVZ): „... *byli to lidi, který se tím zabývali ve zdravotnictví, čili i když to byl člověk účetní, nebo tedy ten, který přednášel, tak měl přehled o zdravotnictví.*“

Dita (FHS): „... *měla jsem pocit, že potkávám spoustu špičkových odborníků, kteří tomu zdravotnictví rozumí...*“

Obě absolventky bakalářského programu BIVŠ však ohledně aplikace probíraných témat na obor zdravotnictví sdělily opakované výhrady právě na adresu vyučujících:

Radka (BIVŠ): „*Na těch učitelích bylo prostě znát, že vůbec nejsou znalí problematiky ve zdravotnictví. Třeba jsme měli předmět ... management ve zdravotnictví a prostě to byly základní informace prostě z řízení, ale nějaká specifika managementu ve zdravotnictví, vo tom neměl ten pedagog ani páru například.*“

Ivana (BIVŠ): „*Voni třeba ty pedagogové byli kvalitní v tý své oblasti, ale prostě ne do tý oblasti zdravotních a sociálních služeb, tam byli mimo mísu.*“

Výzkumné šetření tedy ukázalo, že ačkoliv všechna kurikula svým zněním těmto požadavkům odpovídají, v reálné skutečnosti je program BIVŠ v tomto směru absolventy

hodnocen negativně z důvodu nevyhovující odbornosti některých lektorů v oboru zdravotnictví.

### 3.5.1.2 Co se učili všichni

V předmětech základních manažerských znalostí a dovedností se kurikula v podstatě shodují. Podle dokumentů je v obsahu výuky zkoumaných programů zastoupena zdravotní politika a zdravotnické systémy, legislativa a právo, ekonomika, systémy zdravotního pojištění, finanční řízení, účetnictví, projektové řízení, strategické řízení, marketing, řízení kvality, organizační kultura, problematika zavádění změn v organizaci, time management a personální řízení.

Respondenti všech programů vyjadřují k základnímu souboru studijních předmětů souhlasný postoj. Ačkoliv některé z nich ve své profesní praxi nevyužili, nebo pro ně byly obtížné či nezajímavé, přesto uznávají, že do manažerského základu tyto vědomosti patří.

Anna (IPVZ): *„Já si myslím, že ano, tím že ... tam studují lidé lidé z různých provozů různě velkých nemocničních zařízení, tak si každý z toho vezme to, co pro tu svoji práci potřebuje, ale tím že třeba já když nějaký okruh toho studia nevyužívám, tak to neznamena, že to tam nemá být. Myslím si, že to tam má být, je to základní informace a každý ať si z toho vezme, co pro svoji práci potřebuje.“*

Nejčastěji se v tomto smyslu respondenti vyjadřovali o **ekonomických a finančních tématech**: *„Pak tam byla ekonomika ve zdravotnictví, což mne upřímně řečeno nebavilo, nicméně to jsem velmi potřebovala, protože mně to ujasnilo celou řadu pojmů, v kterých jsem tápala, protože nejsem vůbec ekonom, ale bohužel i s tím se musím potýkat, takže to mi hodně pomohlo.“* Lada (AHCM).

Magda (FHS): *„Některé předměty mě bavily, některé si myslím, že v tom oboru nikdy nepoužiju, jako třeba účetnictví a ty ekonomický záležitosti, ale zase to člověku zvýší nebo zvětší rozhled.“*

Podobný názor má i Marek (FHS): *„... třeba finanční, můžu-li konkrétně menovat, účetnictví a takovýdle věci, to jakoby se domnívám, že ano, manažer by to měl zvládat.“* Marek však ještě dodává: *„... já jsem si rád vyzkoušel podvojný účetnictví, ale že bych to někdy uplatnil, to asi ne, protože opravdu jako si myslím, že většinou pak si na to jako, pokud je zájem vo takto profilovaného manažera, tak sáhnou spíš po ekonomech, po nákej takovejch profesích.“* Čtyři respondenti si shodně jako výše citovaný Marek myslí, že

na ekonomické problematiky mají zdravotnické organizace ekonomické specialisty, a že by v tomto ohledu výuku zjednodušili a časově zkrátili. Radka (BIVŠ) naopak pocítovala nedostatek informací o financování zdravotnictví: „*To prostě tam vo tom financování nikdo nic pořádnýho nepřednášel.*“

V oblasti **personálního řízení** výzkum ukázal, že by respondenti uvítali pro své zdravotnické zaměření větší rozsah výuky. Mezi hlavní úkoly personálního řízení patří podle Kociánové (2010: 9) „... *rozvíjet lidský potenciál a vytvářet klima motivující pracovníky k plnění cílů, posilovat vztahy v organizaci a podporovat týmovou práci...*“ Vysoká míra feminizace oboru zdravotnictví a zvýšené riziko ohrožení zdravotnických pracovníků vznikem syndromu vyhoření (viz kap. 1.3.5) vyžaduje po vedoucích pracovnících, aby řízení lidských zdrojů věnovali zvýšenou pozornost, a aby je také dobře ovládali. Dotazovaní zdravotníci jsou přesvědčeni, že péče o lidské zdroje je ve zdravotnictví opomíjena, a vnímají dovednosti a znalosti personálního managementu jako oblast, kterou je potřeba ve zdravotnictví zlepšovat.

David (UPOL): „...*ale málo takových praktických technik pro řízení, ehm, osob ...*“

Radka (BIVŠ): „...*málo výuky řízení lidských zdrojů...*“

Dita (FHS) „... *já si myslím, že bychom si měli, že bychom si měli hýčkat ty lidský zdroje, že, že bychom měli pečovat, když už přijmeme, budeme se bavit o těch nelékařích, když už přijmeme sestru, investujeme do ní, tak bychom se k ní neměli chovat jako ke spotřebnímu materiálu.*“

Vyskytl se i názor, že pro personální řízení je přínosná znalost supervize, která je podrobněji popsána v následující kap. „Co se všichni neučili“ 3.5.1.3.

Dita (FHS): „*Já bych obecně do řízení lidí přidala tu supervizi. Že jí nikdo nedopřává sluchu ve zdravotnictví, to si myslím, že je škoda, my prostě si nevážíme, nevážíme toho personálu, těch lidských zdrojů v tom zdravotnictví.*“

Pocit nedostatku výuky personálního řízení umocňovala také nespokojenost respondentů s výukou a nácvikem různých typů komunikace a nejistá výuka leadershipu v některých programech (kap. „Co se všichni neučili“ 3.5.1.3).

Analýza kurikul dále prokázala, že své místo v obsahu všech programů má i výuka **etiky**. Pro dotazované zdravotníky byla vítaným tématem. Podstatná pro ně byla nejen etika profesní, ale i etické jednání v personálním řízení, které je podle výpovědí

respondentů v práci manažera důležité pro spokojenost podřízených a dobrou atmosféru v pracovním prostředí. Etická výchova měla vliv na rozvoj absolventů v podobě nových postojů a profesionálního jednání (kap. „Jiné hodnoty, jiné postoje, nová uvědomění“ 3.5.2.1).

Milan (FHS): „... *jedním z hlavních přínosů byla zdravotnická etika ... přemýšlení o tom, co je etika v mém povolání.*“

Dita (FHS): „... *etika byla nesmírně zajímavá ... jak jednat s těma zaměstnancema ... spravedlivě a slušně, ono to pak má vliv na atmosféru mezi lidma.*“

Prostředí, v němž zdravotnický manažer působí, je specifické tím, že zde dochází k častým morálním a etickým rozporům a že poskytování služeb i personální vztahy jsou určovány množstvím etických kodexů (viz kap. 1.3.4). Zastávám proto názor, že zvláště ve vzdělávacích programech managementu zdravotnictví je výchova k vyhraněným etickým postojům a hodnotám nezbytným prvkem manažerského rozvoje. Souhlasím se Štěpaníkem (2010), že manažer, který respektuje etické normy a v souladu s nimi i jedná, má neformální respekt a podporu pracovní skupiny a snadněji tak dosahuje vytýčených cílů.

Jedním ze zdůrazňovaných témat v rozhovorech byla výuka **time managementu**, kterému věnovaly prostor všechny programy. Respondenti se shodli v názoru, že „... *tohle se mi hodně hodilo, to je potřeba...*“ Magda (FHS). Zároveň poměrně velká část z nich uvedla jako změnu v profesní praxi následkem studia právě lepší schopnost organizovat nejen svůj čas, ale také čas podřízených (kap. „Ten umí to a ten zas tohle“ 3.5.2.2).

Kurikula všech programů prezentovala také důraz na **aktuální problematiku** řízení českého zdravotnictví. V rozhovorech byla většina dotazovaných s aktuálností informací spokojena. Pozitivně ocenili zejména výuku **aktuální legislativy**. Ve zdravotnictví není nouze o nové vyhlášky a změny legislativního rámce zejména vzhledem ke zpříšňování kvality poskytované péče a transformaci oboru vlivem Evropské unie. Časté změny ztěžují zdravotníkům legislativní orientaci: „*Ta legislativa je tak šílená, že prostě a jak se furt mění ... a vopravdu všichni jsme to hodnotili jako velkej přínos, že konečně to bylo podaný tak, že jsme tomu i rozuměli.*“ Lenka (IPVZ).

Výhrady k aktuálnosti informací se týkaly pouze programu BIVŠ, které respondentky spojovaly s kvalitou lektora: „*Jako když vám v marketingu pouští film ze 70. let, vo tom, jak se někde tavila ocel, tak to jsem jako myslela, že vovejdu z tý třídy, já si myslim, že to*

*k tomu vůbec nepatří, no prostě ale je to zase vo kvalitě těch přednášejících, no.*“ Ivana (BIVŠ).

Podle principů vzdělávání dospělých požaduje dospělý člověk ve vyučování poznatky bezprostředně aplikovatelné v terénu. Studium by také mělo umožnit studentům využít jejich stávající základ znalostí a zkušeností a aplikovat je na nové poznatky a zkušenosti získané při studiu (Mužík, 2004). Navíc odpovědnost manažera spočívá například právě ve znalosti platné legislativy a konání v souladu se zákonem. Je tedy zřejmé, že je nezbytné, aby informace, které studenti dostávají, měly aktuální charakter.

Všechna kurikula také v různé formulaci uváděla buď celkově o programu, nebo u některých problematik (zdravotnické systémy, zdravotní pojištění apod.) obsah informací v **mezinárodním nebo evropském měřítku**: *„Povinné předměty zahrnují ... znalost evropského kontextu...“* (UK FHS, 2005). Respondenti zahraniční srovnání v obsahu programů potvrdili. Za všechny můžeme uvést výpověď Davida (UPOL), která vesměs koresponduje se sdělením ostatních dotázaných: *„... myslíte jako mezinárodní srovnání? Určitě ano, toto si myslím, že i poměrně obsáhle, opět spíše formou přednášek a praktických příkladů.“*

### **3.5.1.3 Co se všichni naučili**

Výzkumem jsme zjistili, že se zkoumané programy odlišují v poměrně velkém počtu vyučovaných témat, která se nám všechna jevila pro zdravotnické manažery potřebná.

#### **A. Komunikace**

Výuku a trénink komunikačních dovedností prezentují kurikula buď jako samostatný předmět nebo jako obecně studiem rozvíjenou kompetenci. Například BIVŠ dokument uvádí v obsahu výuky formování interaktivní, prezentační a komunikační dovednosti. Program FHS realizuje povinný předmět „Dílna komunikace a pozorování“ a nepovinný předmět, věnovaný konfliktům a jejich zvládnutí. V programu IPVZ je komunikaci věnován celý modul, zatímco dokument UPOL hovoří pouze o volitelném předmětu „Manipulace v mezilidské komunikaci“. Program AHCM se o této disciplíně nezmiňuje vůbec.

Hekelová (2012: 84) udává, že se podle průzkumů spokojenosti zaměstnanců napříč všemi obory *„... pravidelně objevuje na straně podřízených nespokojenost s komunikací mezi nimi a vedoucími pracovníky.“* K významným dovednostem manažera patří například



vedení přijímacího pohovoru, hodnocení zaměstnanců, nebo i řešení konfliktních situací, kdy je nezbytná dobrá schopnost argumentace a racionální zvládnutí komunikace. Neméně důležitá je ve zdravotnictví také komunikace s klientem, protože se velkou měrou podílí na jeho spokojenosti s poskytovanými službami (Hekelová, 2012). Komunikační schopnosti, jak ústní, tak i písemné, patří mezi klíčové kompetence. Na žebříčku hodnocení důležitosti klíčových kompetencí pracovníků s vysokoškolským vzděláním se komunikační schopnosti umístily na třetím místě (Kalousková, 2006).

Absolventi všech zkoumaných programů často zdůrazňovali právě nedostatek výuky a tréninku komunikace během studia. Zastávají názor, že ve vedoucí práci zdravotníků zaujímá komunikační obratnost zásadní pozici: „... *já bych tam dala víc takovou tu klasickou komunikaci, která si myslím, že je hrozně důležitá, to bych dala úplně do všech. Do všech studií, která dneska máme*<sup>43</sup>.“ Lada (AHCM).

David (UPOL): „... *ale málo takových praktických technik pro řízení, ehm, řízení osob... a tý komunikace s těma lidma.*“

Radka (BIVŠ): „... *málo výuky ... měli jsme tam jeden takový předmět, ale málo, málo, málo... prostě ta komunikace tam a ta práce s těmi lidskými zdroji je nejtěžejnější.*“

Magda (FHS): „...*posílila bych ještě víc trošku nějaký kursy rétoriky nebo něco takovýho, aby tam byl ještě rozvoj těch komunikačních dovedností.*“

Lenka (IPVZ) zmiňuje potřebu tréninku také neverbální komunikace: „... *no to určitě, určitě komunikaci i nonverbální, už nejen pro tu komunikaci s pacientama, ale taky hlavně mezi sebou, mezi personálem, s podřízenýma a tak.*“ Podle Folwarczné (2010) je řeč těla a tón hlasu nositelem vztahu a je významnější než slova. Autorka (2010: 154) prohlašuje, „...*že když obsah sdělení nesouhlasí s řečí těla, vítězí právě řeč těla, a lidé obsahu sdělení nevěří.*“

K nespokojenosti respondentů nutno připomenout, že pozitivní rozvoj komunikace z hlediska jejího obsahu podporuje např. výuka etiky, personálního řízení, leadershipu nebo supervize. Výzkum dále odhalil, že dovednosti komunikace byly u studentů rozvíjeny také metodami výuky (uvedeno v kap. „Souboj kompetencí“ 3.5.3.1). Skupinové úkoly, prezentační vystoupení, nácviky modelových situací apod. vyžadují zvládnutí komunikace verbální i neverbální. Výzkumem jsme dospěli také ke zjištění, že změny jednání respondentů v jejich profesní praxi se z velké části týkaly právě komunikačních

---

<sup>43</sup> Míněno „my zdravotníci“ (pozn. autora práce).

dovedností. Přihlédneme-li k těmto skutečnostem, dostáváme se k závěru, že výuku a nácvik komunikace programy naplňovaly ve větším měřítku, než respondenti připouštěli.

## **B. Sociální a zdravotní sféra ruku v ruce**

Jak napovídá název programů, FHS a BIVŠ se zaměřuje na řízení a organizaci nejen zdravotních, ale i sociálních služeb. Výuka je tedy z velké části zaměřena i na sociální problematiku a legislativu, a tím umožňuje studentům lepší pochopení propojenosti zdravotních a sociálních služeb, které je významné pro kvalitní a komplexní péči o klienta.

Dotazovaní absolventi programu FHS jednoznačně potvrdili přínos propojení sociální problematiky se zdravotnictvím. Reprezentační výpovědí je například názor Jany (FHS): *„Bylo to poučný, protože byli jsme v jednom kursu jak zdravotní tak sociální, že jsme si vlastně rozšířili ty svoje obory, protože ty obory jsou velmi spřízněný, jak zdravotní tak sociální se setkávají, takže si myslím, že to bylo podnětný.“* Marek (FHS) má stejný názor: *„Mně to přijde naprosto rozumný, jako prostě propojovat zdravotní a sociální sféru, protože ... jedna souvisí s druhou, jedna na druhou navazuje.“*

K programu BIVŠ zazněly i v tomto směru nespokojené reakce. Podle Ivany *„... tam možná mohlo bejt trošku víc tý sociální sféry. ... My jsme sice probírali nějakou sociální politiku státu a podobně, ale chybělo mi tam, jaký jsou nároky v sociálních dávkách a takový to, vysloveně aby se tam probíralo tohle, to tam nebylo.“*

Respondenti, kteří výuku sociálních služeb buď neměli vůbec (IPVZ), nebo pouze sporadicky (AHCM), rovněž potvrdili její přítomnost za přínosnou.

Lada (AHCM): *„My jsme tam z tý sociální oblasti toho moc neměli. Akorát v jednom modulu. Dneska už se ty sféry propojujous, i to zdravotnictví se přesouvá do domácí péče a ten zdravotník by měl se sociálním spolupracovat, tak si myslím, že by ten vedoucí zdravotník měl chápat ty možnosti sociální péče a nejspíš i tu jejich legislativu.“*

Anna (IPVZ): *„... nebyla, nebyla tam sociální problematika vůbec, ale podle mě by to nebylo na škodu, spíš naopak, nějaký povědomí by o tom ty zdravotníci mít měli. Přece jen se dnes razí ten celkovej přístup k pacientovi, že jo...“*

Ve zdravotnických zařízeních se stále více uplatňuje sociální práce, jejímž úkolem je pomoci *„... klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci.“* (Kuzníková, 2011: 18). Na úzké provázanosti obou oborů je také postavena komunitní péče. Kuzníková (2011) prezentuje názory

českých odborníků, kteří se shodují v tom, že rozdělení zdravotního a sociálního resortu v ČR je v rozporu s mezinárodní snahou o prolínání těchto sfér a celostní přístup ke klientovi. Domnívám se tedy, že znalost problematiky sociálních služeb a uvědomění provázanosti se službami zdravotnictví přináší studentům větší rozhled, pochopení principů holistického přístupu v léčbě nemocných a v neposlední řadě jistě i rozmanitější uplatnění na trhu práce. Úplnou absenci výuky problematiky sociálních služeb u programu IPVZ a jen sporadickou přítomnost u programu UPOL (povinně volitelný předmět v rozsahu 10 hod.) a programu AHCM (jeden předmět v rámci jednoho ze 16ti modulů) na základě výzkumu vnímám jako handicap.

### C. Počítače jsou všude

Odlišnost zkoumaných kurikul potvrzuje také zařazení **základů informatiky a výpočetní techniky** do výuky v programech UPOL, BIVŠ a AHCM. Ovládání počítačových technologií je jednou z klíčových kompetencí. Podle americké studie (Stowe et al., 2010) zkoumající míru důležitosti padesáti manažerských znalostí, dovedností a schopností, se tato dovednost umístila na významném 15. místě. Programu IPVZ tento předmět chybí a v obsahu výuky FHS byl nácvik práce s počítačem omezen pouze na dovednost vyhledávání informací v databázích univerzity.

Výstupy z rozhovorů ukázaly, že ovládání výpočetní techniky je pro práci manažera důležité. Respondenti se shodli, že kontakt s počítačovými technologiemi je jejich denní náplní a že zručnost při jejich ovládání jim umožňuje rychlejší zvládnutí vedoucích povinností. Jako další pádný argument pro tuto dovednost uvedli i množství moderních zdravotnických přístrojů v nemocniční péči. Zde se však výrazně projevila souvislost názorů dotazovaných s jejich věkem a pohlavím. Dotazovaní pod 40 let věku, a zejména muži, vnímali ovládání informačních technologií jako samozřejmost a již dříve zvládnutou dovednost: „... *no já to nějak neřešil, mně přišlo samozřejmý, že se těm počítačům taky věnuje čas, dneska už je to běžná věc, kterou lidi denně používají ... Já s tímhle předmětem problém neměl, už jsem toho uměl dost dopředu.*“ David (UPOL, 29 let).

Naopak respondenti ve věku 43 let a výše hovořili o potřebě se v tomto směru rozvíjet, zároveň však i o jeho obtížnosti: „... *IT technologie ve zdravotnictví, to jsem si teda myslela, že kvůli tomu modulu budu muset skončit, ale pomohlo mi to v mé práci ... jsem teď i rychlejší ... Ty informační technologie prostě už patří do té společnosti a už se bez nich neobejdeme.*“ Lada (AHCM, 43 let).

Ivana (BIVŠ, 45 let): „... počítače, teda bylo to pro mě těžký, ale potřebovala jsem to.“

Absolventi kurzu IPVZ tento typ výuky neměli vůbec, přesto oceňují její přínos. Na otázku, zda je důležité zařazení informačních technologií do výuky, Anna odpověděla: „No v tom kurzu na to asi nebyl ani prostor ... ono se to určitě hodí, ono to pak i zrychluje práci, když to člověk jako rychle mrská ... byla jsem ráda, že mě to donutilo si sama vyhledávat ty informace a že jsem se zdokonalovala s tím počítačem.“

Analýzou potřeb zaměstnavatelů z roku 2007–2008 bylo zjištěno, že běžná znalost práce s PC byla požadována pro více než 66 % inzerovaných volných pracovních míst na pozice manažerů a vedoucích pracovníků (Šťastnová a kol., 2008). Výzkum nás přivedl k závěru, že výuka informatiky a výpočetní techniky ve zdravotnictví by měla být součástí přípravy vzdělávaného na roli manažera ve zdravotnictví.

#### **D. Supervize**

FHS program jako jediný disponuje výukou základů **supervize**. Supervize se věnuje otázkám pracovního prostředí zejména v pomáhajících profesích. Podílí se na zlepšení pracovní situace a atmosféry, organizace práce a na zlepšení kvality vzájemné spolupráce v pracovním týmu. Pomáhá pracovníkům zvládnout těžko řešitelné případy a podporuje učení spojené s praxí (Havrdová, Zuzana, Martin, Hajný a kol., 2008). Chris Payne (in Havrdová, Zuzana, Martin, Hajný a kol., 2008: 163) uvádí, že pomocí manažerské supervize nadřízený „... přímo nebo nepřímo poskytuje trvalé vedení, podporu, rozvoj a vzdělávací příležitosti zaměstnancům...“, za něž je zodpovědný. Manažeři se supervizními znalostmi a dovednostmi zaměstnance vedou, radí jim, diskutují s nimi, zapojují je do plánování, jak dosáhnout cíle organizace a jejich profese, a podporují kreativní myšlení pracovníků. Současně tím také přispívají k prevenci profesního vyhoření (Havrdová, Zuzana, Martin, Hajný a kol., 2008).

Výzkum reflexe respondentů potvrdil, že supervize je pro zdravotnického manažera jedinečnou kompetencí. V kapitole „Co se učili všichni“ (3.5.1.2) jsme nastínili, že respondenti FHS vztahují dovednost supervize k efektivnímu personálnímu řízení:

Jana (FHS): „Co možná bylo málo, to byla ta supervize, kterou bych teď momentálně uplatila ve vyšším ... množství při tom vedení lidí ... v současný době si myslím, že by ta supervize se mohla ve zdravotnictví víc rozšířit ve větší míře než je.“

Milan (FHS): „... *myslím si, že vzdělání moderního manažera ... je i v podstatě v péči o zaměstnance, kde ta supervize by měla pomoci těm zaměstnancům ve smyslu prevence vyhoření, detekce, detekce vlastních odborných limitů nebo řešení konfliktních situací, a tak dále, což jsou faktory, které jako jsou velmi frekventované, vidím je dost často okolo sebe.*“

Marek (FHS): „... *vůbec si nemyslím, že by bylo na škodu jako, že manažer ví něco o supervizi, ... naprosto to vidím jako přínos ... ano, propojení manažerství a supervize určitě...*“.

Výhodou přítomnosti supervize v programu FHS byla také skutečnost, že její výuka zahrnovala zkušenostní či zážitkové učení, jako např. nácvik supervizního rozhovoru nebo zážitek z Balintovské skupiny<sup>44</sup>, které pozitivně ovlivňují komunikační dovednosti, rozvoj analytického a kritického myšlení a celkově styl personálního vedení vzdělávaného manažera.

V případech respondentů, kteří se supervizí zkušenosti nemají, výzkum prokázal, že i oni vnímají potřebu psychologické podpory ve směru od manažera k podřízeným: „... *myslím, že by manažeři měli mít trvalé vzdělávání ... v nějaký psychologii osobnosti nebo v nějakým podpurným přístupem k těm zaměstnancům...*“ Zuzana (UPOL). Lenka (IPVZ) přirovnává supervizi k poskytování zpětné vazby, která je důležitým prvkem manažerské práce: „*Tak ta supervize je dobrá věc, taková jako zpětná vazba. Z nějakých třeba krizových situací si člověk pak méně pamatuje nějaký pozitivní věci a je pak frustrovanější ... a potřeboval by to spíš jako řešit s někým, kdo řekne jo takhle to mohlo být nebo to mohlo být i takhle, takže ta zpětná vazba tam je potřebná.*“

Z těchto indicií, v porovnání se vzdělávacími potřebami manažerů (kap. 1.5) a specifiky personálního řízení ve zdravotnictví (kap. 1.3.5) vyvozujeme, že výuka supervize přináší studentům výjimečnou bonusovou kompetenci pro zefektivnění jejich manažerského působení v oblasti vedení lidí. Podle výše uvedených vlivů supervize se také domnívám, že supervizní kompetence manažera přispívá k uplatňování stylu vedení zaměstnanců formou leadershipu.

---

<sup>44</sup> Skupinová metoda řešení problému, která je hojně využívána v psychoterapii. (Raudenská, Javůrková, 2011).

## E. Čeština není světový jazyk

Dalším odlišným prvkem zkoumaných programů je **výuka cizího jazyka**, která je přítomna pouze u vysokoškolských programů, ovšem v různé podobě. FHS nezprostředkovává výuku jako takovou, ale propojuje trénink cizího jazyka s nácvikem prezentačních dovedností, jehož vyústěním je vytvoření a přednesení prezentace nejčastěji v angličtině, případně v němčině. V bakalářském programu BIVŠ studenti volili anglický, německý nebo ruský jazyk v povinném a povinně volitelném předmětu a studovali tak dva jazyky současně. Magisterský program UPOL obsahuje výuku odborné angličtiny, která je vhodně tematicky zaměřena na management a zdravotnictví. V programu IPVZ výuka cizího jazyka nebyla a AHCM jazykové dovednosti podporuje zprostředkováním výukových materiálů dle volby studenta i v angličtině a přednášením některých témat zahraničními odborníky s možností tlumočení do češtiny.

Výuka cizího jazyka byla pro respondenty obtížnou disciplínou. Více než polovina z nich uvádí, že neměla před začátkem studia dostatečné znalosti pro navázání další výuky. Na přítomnost cizího jazyka, konkrétně angličtiny, panovaly u respondentů rozdílné názory. Někteří ji shodně s Radkou (BIVŠ) chápali jako výzvu a investici do budoucnosti: *„angličtina byla pro mě těžká ... že jsme ten předmět tam měli, takže jsem to musela zvládnout a projít a za druhý jsem pak měla ještě nějaký další studijní ambice, takže jsem věděla, že musím, musím se tou angličtinou zabývat.“* Petr (UPOL) navíc ocenil oborové zaměření: *„... tak ono dneska bez toho jazyka se člověk nedostane nikam dál. Když bych hledal jiný místo jako manažer, tak už všude tu angličtinu chtějí a je to fakt potřeba. Takže jsem rád, že to tam bylo, hlavně bylo dobrý, že ta angličtina byla právě pro ten management a to zdravotnictví“.*

Pozitivní reakce byla také ze strany absolventů FHS, kde byl trénink jazyka realizován akční formou v podobě cizojazyčné prezentace: *„... to bylo dobrý, teda ne, že by to bylo lehký, ale člověk si pak tu prezentaci sám vymyslel, jako téma, a taky napsal a taky odpřednášel, takže musel koukat i na to svoje vystupování.“* Jana (FHS).

Zuzana (UPOL) naopak zastávala názor, že výuka jazyka je zbytečná zátěž: *„... já nevím, já na ty jazyky moc nejsem, mně to přišlo zbytečný a těžký, já to ani nevyužiju. Když chce někdo umět jazyk, tak ať si jde sám do kurzu ne?“* U Zuzany musíme však podotknout, že v době studia ani v době rozhovoru jako jedna z mála nezastávala žádnou

manažerskou pozici. Její hlavní motivací ke studiu bylo dosažení magisterského titulu. Jak vyplynulo z dalších jejích hodnocení výuky, tento fakt ovlivňoval její názory.

Zběhlost v cizích jazycích je řazena mezi klíčové kompetence (Kalousková, 2006). U vysokoškolsky vzdělaných pracovníků je, podle výzkumů trhu práce, hodnocena aktivní znalost angličtiny jako nezbytná. Na vedoucí pozice byla v roce 2006 podle studie NUOV<sup>45</sup> požadována pro více než 78 % pracovních míst (Šťastnová a kol., 2008). Díky stoupající mezinárodní propojenosti tržních sektorů a aktivitě zahraničních firem na českém trhu práce lze předpokládat, že se tato potřeba od roku 2006 vyvíjí spíše vzestupným trendem.

#### F. Bádat či nebádat

Standardy Akreditační komise (2013) uvádějí, že obsahem kurikul aplikovaného managementu má být „... *případně Statistika (například Statistické metody v ekonomii či případně i další předmět pro zpracování informací)*“. Kurikula vysokoškolských programů UPOL, BIVŠ i FHS prezentují, oproti zbývajícím dvěma programům ČŽV, navíc výuku **výzkumu nebo statistiky**. Výzkum je podle Kutnohorské (2009: 12) „... *soubor koordinovaných činností, které přinesou nové poznatky.*“ Podle autorky výzkum také „... *pomáhá aplikovat teoretické poznatky na potřeby praxe.*“ (Kutnohorská, 2009: 12). Statistika je vědní obor, který zkoumá jevy s hromadným charakterem, a je jednou z metod sociologického výzkumu (Disman, 2008).

Pozitivní reakce na přítomnost výzkumu v obsahu studia uvedlo pět z devíti absolventů tohoto předmětu. Respondenti FHS, kteří absolvovali výuku jak kvantitativní, tak i kvalitativní metodologie, měli výhrady k nedostatku praktického nácviku:

Dita FHS „... *ty možnosti toho dvouletého studia na to, na to nestačí, ale já pořád do dneška mám pocit, že, že v tom kvalitativním výzkumu plavu, a že bych ho potřebovala víc.*“

Magda FHS: „... *jako pro úplného laika to bylo naskočení do rychlíku, ne (-) vůbec tam nebyl jako ten začátek, co to tak jako ten výzkum může bejt, a to samý i s tím kvalitativním výzkumem asi, no. Ten výzkum byl hodně těžkej taky.*“

Respondentka Ivana (BIVŠ) vyjádřila ke statistice ve výuce naopak odmítavý postoj. Stejně, jako argumentoval Marek (FHS) v předchozí kapitole „Co se všichni učili“ 3.5.1.2

---

<sup>45</sup> Národní ústav odborného vzdělávání

v souvislosti s výukou finančního řízení, zdůvodňuje i Ivana svůj názor tím, že zdravotnická zařízení mají pro tyto úkony odborníky z řad nezdravotnických zaměstnanců: „*Myslím si, že pro pozici manažera nás trápí zkouškou ze statistiky, se kterou teda měla problém kompletně celá třída ... tak to mně přijde jako... myslím si, že u ekonomů je to tedy na místě, ale pokud ... jsou tam většinou lidi ze zdravotnictví, tak ta statistika mi nepřišla zrovna úplně na místě. Stejně by nějaký statistický průzkumy v nemocnici dělal asi nějaký odborník ekonom a ne třeba vrchní sestra.*“ Radka ze stejného programu naopak jako jediná pochopila i další efekt výuky výzkumu: „*... koneckonců i ta statistika do toho patří, protože ten manager musí být schopen nějakýho analytickýho myšlení.*“

Nácvik a praktikování výzkumných postupů podporuje u badatele rozvoj dovedností a schopností jako je „*...dovednost odstoupit a kriticky analyzovat situaci, rozeznat a vyhnout se zkreslení, získat platné a spolehlivé údaje a konečně schopnost abstraktního myšlení. K tomu všemu potřebuje badatel teoretickou a sociální vnímavost, schopnost udržet si analytický odstup a zároveň užívat dřívějších zkušeností a teoretických znalostí k interpretaci toho, co vidí. Musí být všímavý pozorovatel a musí mít dobré komunikační schopnosti.*“ (Strauss, Corbinová, 1999: 11). Tyto dovednosti a schopnosti jsou evidentně žádaným rozvojovým prvkem manažerů, zároveň opět patří mezi klíčové kompetence (Folwarczná, 2010, Kalousková, 2006).

Přestože respondenti hodnotili zvládnutí výuky jako velmi obtížné, někteří ze skupiny „výzkumně vyučovaných“ potvrdili, že tyto znalosti a dovednosti využívají ve své profesní praxi (kap. „Ten umí to a ta zas tohle“ 3.5.2.2). Ve zdravotnickém prostředí jsou výzkumné aktivity v podobě klinických studií, šetření spokojenosti klientů apod. běžnou záležitostí. Shrneme-li argumenty, které jsme zde uvedli, musíme konstatovat, že i výuka výzkumných metod má ve vzdělání zdravotnických manažerů důležitou roli, ovšem vzhledem ke spíše humanitnímu zaměření zdravotníků a potřebám jejich profesní praxe se domnívám, že je vhodnější volbou obecná výuka výzkumných metod než úzký výběr statistiky.

## **G. Leadership**

Zařazení tohoto předmětu do kategorie odchylek v obsahu programů není úplně jednoznačné. Podle dokumentů se obsahy programů v tomto aspektu odlišují. Leadership byl prezentován pouze v modulech programů celoživotního vzdělávání AHCM a IPVZ. Vysokoškolské programy jej ve svých kurikulech neuvádějí. Leadership je stále více



preferovaný nedirektivní styl jednání s lidskými zdroji. Působení manažera je podle Owena (2011) daleko efektivnější, pakliže považuje své podřízené za partnery a strhává je svým příkladem a motivovanou aktivitou. Manažer 21. století by měl ovládat umění z lidí, které řídí, udělat své následovníky, kteří za ním jdou dobrovolně a uskutečňují jeho vize. Vyskytují se sice názory, že být lídrem je schopnost spíše vrozená, odborníci v oblasti vedení lidí (Owen, 2011, Armstrong, 2008) se však shodují v tvrzení, že se jí lze naučit.

Z výpovědí respondentů vyplynulo, že problematika leadershipu byla probírána ve všech programech, tedy i vysokoškolských, ne však stejnou intenzitou. Nejvíce prostoru věnoval leadershipu program AHCM. Lada (AHCM) ovšem výuku nehodnotí kladně. Její reakce potvrzuje, že důležitý je nejen obsah, ale i styl výuky: *„Mně třeba vadil ... leadership paradoxně, protože to bylo vedený takovou tou americkou formou, takový to jako všichni vyskočíme a budeme si tady tleskat, protože jsme nejlepší a úžasný.“* Kurz IPVZ své účastníky uspokojil: *„Leadership ten jsme měli, ten nás zaujal. Ta výuka probíhala formou hraní rolí a to mě bavilo.“* Anna (IPVZ)

Výzkum ukázal, že vysokoškolské programy se stylem vedení formou leadershipu zabývaly jen okrajově. Respondenti uvedli, že byl součástí jiného předmětu, ale bylo pro ně obtížné si jeho výuku jasně vybavit. Z některých reakcí je patrné, že by tento prvek byl ve výuce vítán v širším rozsahu:

Radka (BIVŠ): *„Speciálně výuku zaměřenou na leadership jsme **bohužel** neměli. Akorát byla zmínka v předmětu Management ve zdravotnictví o tomto pojmu, ale moc si na to už nevzpomínám.“*

David (UPOL): *„... no moc toho tam nebylo, bylo to jen součástí předmětu Management zdravotnictví ... praktické nácviky si nepamatuji, jednalo se asi spíš o teoretické techniky a s praktickými příklady.“*

Magda (FHS): *„... to jsme tam měli, ale **bohužel** asi ne nějak důkladně, protože si to už fakt moc nepamatuju.“*

Jak už bylo řečeno v kapitole „Co se učili všichni“ 3.5.1.2, jsou pro respondenty znalosti a dovednosti vedení lidí zásadní a uvítali by rozšíření výuky. Srovnáme-li potřeby respondentů a specifika zdravotnických kolektivů, uváděná v kapitole 1.3.5, s moderními trendy vedení kolektivů, osobností manažera a zkušenostmi dobré praxe, nelze dojít k jinému závěru než, že leadershipu by jistě mělo být ve výuce vysokoškolských programů věnováno více pozornosti (Folwarczná, 2010; Owen, 2011; Štěpaník, 2010). Naproti tomu

leadership není jednotlivá kompetence, ale soubor vlastností, schopností, dovedností, postojů a hodnot<sup>46</sup>, které byly ve vzdělávání manažerů rozvíjeny obecně v průběhu celého studia nejen obsahem výuky (např. komunikace či zmíněná supervize v programu FHS), ale i metodami výuky a podporou motivace respondentů.

#### **3.5.1.4 Pasivita – aktivita; teorie - praxe**

Výzkumné šetření potvrdilo, že získání a rozvoj žádoucích manažerských kompetencí pro vedoucí roli spočíval kromě vyučovaných témat značnou měrou také v tom, jakou formou byla témata vyučována. Metody výuky současně ovlivňovaly motivaci účastníků vzdělávání, a tím i jejich participaci na vzdělávacím procesu (kap. „Soupeři jsou ve formě“ 3.5.3.2). Podle Mužíka (2004) se dospělí snaží být ve výuce aktivní a chtějí se na ní podílet osobním vystupováním. K osvojování poznatků potřebují praktické činnosti, vedoucí k tvůrčí práci a rozvoji myšlení.

Kurikula programů neuvádějí množstevní vztah mezi pasivním a aktivním způsobem výuky. Podle dotazovaných absolventů má nejvýhodnější poměr aktivních metod i zaměření na reálné problémy praxe program FHS a AHCM: *„Řekl bych, že tvořila tak 50 procent, 50, 60, a zbytek byla výuka, kde se musel aktivně podílet i student v rámci třeba skupinové práce.“* Milan (FHS).

Jana (FHS): *„ ... řešili jsme situace, řešili jsme vlastně věci, který byly praktický pro nás, a jistě se v tom octneme znovu v té situaci, takže i to je praxe.“*

Lada (AHCM): *„... ja myslim, že klidně půl napůl ... my tam hodně řešili konkrétní věci z naší práce.“*

Ačkoliv kurikula BIVŠ a zejména UPOL deklarují množství aktivizačních a praktických technik, absolventi určili rozsah pasivní formy zhruba na dvě třetiny celkové výuky. Vyslovili také názor, že teoretická výuka není dostatečná pro aplikaci v praxi:

Zuzana (UPOL): *„Ono to tím, jak to bylo to dálkový studium, tak spíš nás zahlcovali těma informace, než abysme my měli být aktivní, takže tak já nevím asi 70 a 30 ... právě mě trochu zklamalo to, že tam bylo spoustu teorie, což je klasický na těch vysokých školách ... je to jako problém celého školství, tadytohle, že se člověk učí spousta teorie a není to schopen použít v praxi...“*

---

<sup>46</sup> Viz kap. „Zásady vzdělávání manažerů“ 2.4

*Petr (UPOL): „...myslim si, že během toho studia jsme, že jsme vlastně nadávali, jako že to je pustá teorie, která vlastně, která s praxí nemá nic moc společného... takže spíš to nebyla jako praxe, spíš teorie.“*

*Radka (BIVŠ): „... poměr pasivního byl mnohem mnohem vyšší, odhadnu 70 ku 30 ... bylo tam spousta teorie a málo nějakýho propojení do praxe.“*

Z výpovědí dotazovaných absolventů kurzu IPVZ jsme odvodili zhruba totožný poměr, stejně tak kurikulum v souvislosti s povahou kurzu prezentuje skromný počet výukových metod. Absolventky však vyjadřovaly spokojenost s napojením přednášených témat na reálné příklady: *„... nebo tedy ten, který přednášel, tak měl přehled o zdravotnictví, nebyla to teorie, suchá teorie navlečená na to zdravotnictví, což bylo přínosný.“* Anna (IPVZ). Důvodem jejich spokojenosti byl ovšem fakt, že od vzdělávacího programu typu kurzu neočekávaly např. praktické návčivky v terénu: *„ tak mně to stačilo, já jsem byla spokojená, byl to jen kurz ... takže jsem nečekala nějaký světoborný praktický návčivky ... že sme nemuseli lítat někde po jinejch pracovištích mi nevadilo.“* Lenka (IPVZ).

Celkové hodnocení dotazovaných ohledně poměru aktivní a pasivní výuky koreluje podle našeho zjištění s množstvím frontálního výkladu. Analýza výpovědí respondentů však odhalila, že ani frontální přednášení nespočívalo pouze v pasivním přijímání informací, ale že bylo často spojeno s aktivní diskuzí (kap. „Jakopraxe“ 3.5.1.6). Pojem „aktivní“ se tedy ve výpovědích dotazovaných vztahuje k metodám, při kterých něco tvořili nebo nacvičovali. Respondenty UPOL, BIVŠ a IPVZ definovaný poměr pasivní a aktivní výuky „70 ku 30“ se i přesto jeví jako nevýhodný. Souhlasíme s názorem odborníků, že zejména při vzdělávání manažerů je vhodné použít zajímavé metody, jako jsou případové studie, simulace, hry rolí, skupinové práce apod., co nejvíce aplikované na reálné problémy praxe (Rohlíková, Vejvodová, 2012; Prokopenko, Kubr a kol., 1996). Potvrzením jsou reakce respondentů, které předkládáme v dalších kapitolách.

### **3.5.1.5 Teorie nikoho nezabije**

Teoretické metody jsou nejvhodnější pro objasnění pojmů, principů a nových poznatků. Pomáhají k získání teoretického základu (Prokopenko, Kubr a kol., 1996). Výzkumem jsme zjistili, že z teoretických metod výuky zaujímaly největší podíl frontální přednášky a samostudium.

## A. Frontální přiliv

Výchozí metodou výuky byl ve všech programech frontální výklad a vysvětlení látky. Systematické, souvislé přednášení je podle Mužíka (2004) nejužívanější zvláště na vysokých školách. Dotazovaní absolventi programu UPOL, BIVŠ a IPVZ uváděli vysokou míru frontálního výkladu. Respondenti UPOL navíc poukazovali na velké bloky přednášených témat: „... samozřejmě že tam bylo víc toho studia za ráz, takže to bylo takové velkoobjemové přednášení.“ David (UPOL). Nejmenší míru výuky metodou frontálního přednášení potvrdily výpovědi respondentů programu FHS a AHCM: „... my jsme byli neustále vtahováni do té výuky a málokdy ta, ta výuka byla jenom tou frontální, frontální formou...“ Dita (FHS). Výzkum však také odhalil, že frontální výklad lektori propojovali s kladením otázek a následnou diskuzí: „ Tak ono to nikdy nebylo, že bychom jen poslouchali, ptali se nás, co si o tom myslíme...“ Lada (AHCM).

Ivana (BIVŠ): „... spolupracovalo se, byly to teda, jak bych řekla takový aktivní hodiny ... zvlášť jeden vyučující ... pořád něco ptal, abysme se jako zapojili...“.

### ➤ Přednášeli lidi fakt z praxe

Důležitým poznatkem z výpovědí respondentů byla skutečnost, že se frontální přednášení neomezilo pouze na předávání teoretických informací. Absolventi programu FHS, UPOL a IPVZ uvedli, že pro ně bylo efektivním učením setkání s odborníky z praxe, kteří výuku doplňovali vlastními zkušenostmi a příklady z terénu: „ Některý předměty přednášeli lidi fakt z praxe, třeba tam byl ekonom z nemocnice a to pak bylo zajímavý, když nám říkal, jak to dělají u nich.“ Magda (FHS). Podobnou zkušenost mají i absolventi programu AHCM. V každém výukovém modulu vystoupil host z praxe a některé přednášky vedli expertní odborníci: „... my jsme měli vyloženě řízení ve zdravotnictví, což nám přednášeli lidi, kteří dělají v NERVu<sup>47</sup>, takže ekonomický poradci vlády v oblasti zdravotnictví, takže ty vopravdu maj přehled a vědí.“ Lada (AHCM). Naopak program BIVŠ zřejmě vhodnými odborníky z praxe příliš nedisponoval, neboť jeho absolventi poukazovali na neodbornost lektorů ve vztahu k aplikaci managementu na zdravotnickou problematiku (kap. „Hovězí maso není zdravotnictví“ 3.5.1.1).

## B. Sami sobě učitelem

Mezi teoretické metody používané v programech náleželo také samostudium a práce se zdroji, které uváděly v kurikulech všechny programy s výjimkou IPVZ. Programy

---

<sup>47</sup> NERV – Národní ekonomická rada vlády, pozn. autora práce.

UPOL, FHS, BIVŠ i AHCM byly provozovány distanční nebo kombinovanou formou, tím byl podíl těchto forem výuky podle reakcí absolventů vysoký: „... *určitě samostudium bylo nejvyšší procento. Přednášky, přednášky provedly úvod do problematiky, určitě vytyčily nějaký mezník ... určitě nějakým způsobem vyložily látku, kterou člověk nevěděl, ale každopádně to samostudium a vyhledávání literatury bylo to největší.*“ Dita (FHS). U programu IPVZ, ačkoliv samostudium a vyhledávání informací jako metodu výuky nepopisuje, jeho absolventky samy tyto činnosti vykonávaly: „... *byla jsem ráda, že mě to donutilo si sama vyhledávat ty informace a že jsem se zdokonalovala s tím počítačem.*“ Anna (IPVZ).

Samostudium je v současné době velmi rozšířená forma výuky na vysokých školách. Dospělí z důvodu časové tísně při zaměstnání a zajišťování sociálních potřeb preferují kombinované a distanční formy vzdělávání (Veteška, 2010). Souhlasíme s názorem Folwarczné (2010: 71), že se jedná o metodu velmi pasivní, která „... *může mít široký záběr a bez další podpory a pomoci se obtížně aplikuje v praxi...*“. Naproti tomu Prokopenko, Kubr a kol. (1996) připomínají, že teoretické formy výuky podněcují logické uvažování, a Knowles (in QOTFC, 2007) uvádí, že dospělý člověk preferuje samostatné vyhledávání informací a využívání zdrojů. Zběhlost v zacházení s informacemi je také jednou z klíčových dovedností, které jsou na trhu práce u vysokoškolsky vzdělaných pracovníků chápány jako samozřejmost a požadovány na nejvyšší úrovni (Kalousková, 2006).

### **C. Zpětná vazba**

Do teoretických metod výuky jsme se na základě výzkumných šetření rozhodli zahrnout i zpětnou vazbu. Ačkoliv z pedagogického hlediska není přímou metodou výuky, Plamínek (2014) konstatuje, že zpětná vazba podporuje učení z vlastního výkonu. Výzkumné šetření prokázalo, že důležitým prvkem rozvoje a učení respondentů byla právě zpětná vazba od vyučujících i kolegů. Zpětná vazba od kolegů souvisela nejčastěji se skupinovou prací, která byla nejvíce využívána při výuce v programech FHS a AHCM (kap. „Jakopraxe“ 3.5.1.6).

Zpětná vazba od vyučujících nebyla vždy poskytována v optimální podobě. V programu UPOL měla častěji charakter negativní, tedy sdělovala, co student neudělal správně: „... *no, měli jsme zpětnou vazbu, určitě. Někdy nám tu seminární práci nechtěli uznat, tak nám ji ještě dvakrát vraceli a samozřejmě nám řekli, co a jak.*“ Zuzana (UPOL).

Absolventi programu FHS a AHCM naopak uváděli vysokou míru zpětné vazby pozitivní, vázané jak na individuální úkoly, tak i na skupinová řešení úkolů: „... rozdělili jsme se na malé skupiny, plnili jsme konkrétní úkoly ... ty vyučující nám pak vždycky shrnuli, co se povedlo nebo třeba co byl dobřej nápad a pak co bylo lepší udělat jinak.“ Milan (FHS). Absolventi kurzu IPVZ tvrdí, že zpětnou vazbu neměli, stejně tak i dotazovaní z BIVŠ, kteří s její absencí byli nespokojeni: „No, ta tam chyběla. Ta zpětná vazba to vim, že to jsme hodně kritizovali ... a když už byla zpětná vazba, tak byla v tom Ano, píšu vám známku, jo dejme tomu, ale to nepovažuju za zpětnou vazbu.“

Plamínek (2014: 45) definuje zpětnou vazbu jako „...informace o pohledu lektora na výkon účastníka.“ Zpětná vazba je pro manažera zásadním prvkem pro učení se ze zkušenosti, protože „... nám pomůže vidět i takové kvality a nedostatky, kterých bychom si jinak jen těžko všimli.“ (Kubeš, Šebestová, 2008: 16). Mužík (2004: 25) je přesvědčen, že „(d)ospělý by měl znát výsledky svého učení nikoliv až na konci, ale již v průběhu výuky. Jinými slovy měl by se průběžně dozvídat, zda si v učení (výuce) počíná dobře či chybje.“ Na základě těchto tvrzení a našich výzkumných zjištění chápeme zpětnou vazbu také jako činitele vysoké míry participace účastníka vzdělávání, a tím i jeho efektivního učení.

### **3.5.1.6 „Jakopraxe“**

Teoreticko-praktické metody poskytují nejen poznatky, ale zaměřují se také na analýzu problémů a na jejich řešení, a tím získání předpokladů k efektivnímu jednání v terénu. Do určité míry také simulují praktické podmínky (Mužík, 2004). Do této skupiny jsme tedy zařadili zjištěné aktivizační techniky a úkoly, které se vztahovaly k reálným i simulovaným problémům praxe, ale nebyly přímo konané v terénu. Takovými metodami byly např. diskuze, nácvik prezentačních dovedností, simulace modelových situací, hraní her, brainstorming, skupinové práce a řešení případových studií, které byly v kurikulech deklarovány v různých analogiích a množstvích. Nejvíce jich uvádělo kurikulum UPOL, nejméně IPVZ. Program FHS v kurikulu sděluje, že „(s)tudenti se učí ve skupinových diskuzích, něco nacvičují.“ (UK FHS, 2005). Respondenti si již s odstupem několika let po ukončení studia špatně vybavovali všechny konkrétní „aktivní“ činnosti, které při studiu vykonávali. Nejčastěji hovořili o diskuzích, individuálních úkolech vztahujících se k řešení reálných problémů z praxe a skupinových úlohách a simulacích.

## **A. Každý k tomu mohl něco říct**

Jednou z teoreticko-praktických metod výuky, prezentovanou ve všech kurikulech, byla diskuze. Absolventi programu UPOL, FHS, AHCM i IPVZ přiznávali četné diskuze jak s vyučujícími, tak mezi účastníky vzdělávání: „... mohli jsme každý k tomu říct, jak to řeší na svém pracovišti, ve své ordinaci, ve své nemocnici a někdo třeba řekl, že to řešej takhle, k tomu se vyjádřil přednášející, řekl z jeho pohledu, co je správně a co není správně, bylo bylo to konkrétní.“ Anna (IPVZ).

U programu BIVŠ Radka identifikuje diskusní bariéry v nedostatečné odbornosti vyučujícího: „U některých lidí člověk pak jako poznal, že bude lepší se neptat ... takhle, když už byl člověk aktivní a ptal se na otázky, tak někdy bylo vnímat, že to ty učitele obtěžuje a to proto, že neuměli odpovědět na ty otázky, no, byli prostě z jinýho ranku, my jak jsme tam byli z těch zdravotních a sociálních služeb, tak jsme jako by chtěli jít do konkrétna, no takže často neuměli odpovědět, neznali, neuměli si s tím poradit, no takže pak už člověk radši mlčel.“

Výzkum ukázal, že diskuze byla pro účastníky vzdělávání velmi vítaným fenoménem. Důležitá pro absolventy byla nejenom možnost projevení vlastního názoru, ale také čerpání zkušeností a informací z vystoupení kolegů. To potvrzuje Mužíkův názor (2004: 25), že „(d)ospělý člověk se snaží být ve výuce aktivní, chce se na ní podílet diskutováním.“. Mužík (2004: 25) také vhodně vystihuje celkový postoj našich respondentů slovy, že dospělý se nechce „... podřizovat autoritě učitele a respektovat bez výhrad všechny jeho poznatky, zkušenosti a stanoviska.“.

### **➤ Sdělování navzájem mezi profesemi je taky strašně moc důležitý**

Výzkumné šetření dále ukázalo, že respondenti pozitivně ocenili mezioborový přenos informací pro poznávání a řešení problémů praxe. Mezioborová interakce, kdy jsou účastníky programu, a tedy i skupinových úkolů profesně různorodí jedinci (hlavní sestry, manažeři kvality různých typů zdravotnických zařízení, záchranáři, případně sociální pracovníci apod.) je podle výpovědí přítomna ve všech zkoumaných programech, ikdyž ji konkrétně zdůrazňují pouze kurikula AHCM, BIVŠ a FHS. Lada (AHCM): „A ty osobní pocity, to sdělování těch osobních prožitků je taky strašně důležitý, protože vidíte, jak úplně jinak to vnímá ekonom, ekonomický náměstek nemocnice a úplně jinak to vnímá ředitel nemocnice a úplně jinak to vnímá běžný zdravotník nebo ... sekundární lékař.“

Učení se ze zkušeností a znalostí kolegů jiných profesí se velkou měrou odehrávalo v souvislosti se spojením zdravotnictví a sociální sféry, tedy u absolventů programu FHS a BIVŠ (kap. „Co se všichni neučili“ 3.5.1.2). Podporovaly jej také diskuze při skupinové simulaci a týmovém řešení úkolů, které jsou popsány v následující kategorii.

## **B. Tvůrčí skupina**

Do teoreticko-praktické skupiny náleží tvůrčí metody výuky založené na zkušenostním a zážitkovém učení, které jsou nejvíce efektivní ve skupinové podobě (Prokopenko, Kubr a kol., 1996). Podle Šuleře (2008) umožňují skupinové simulace (hraní rolí) a řešení úkolů a případových studií efektivní předávání množství informací většímu počtu manažerů najednou a vzájemné obohacování výměnou znalostí a zkušeností. Takové metody výuky také rozvíjejí kreativitu a analytické i kritické myšlení.

Výzkumné šetření odhalilo, že absolventi programů v průběhu výuky ve skupinách řešili zadané úlohy nebo nacvičovali praktické dovednosti. Z výpovědí respondentů se potvrdila skutečnost, že programy měly snahu vzdělávat své studenty formou zkušenostního a zážitkového učení, ovšem intenzita a rozmanitost byla rozdílná.

Přestože kurikulum UPOL hovoří o bohaté škále aktivizujících a zážitkových metod výuky, absolventi UPOL nebyli spokojeni s množstvím skupinových technik a uváděli jen velmi málo příkladů. Ukázkou za všechny je například výpověď Zuzany (UPOL): *„Někdy jsme si samozřejmě zkoušeli různý ... já už teď nevím přesně, co to bylo, že jsme třeba byli po skupinkách rozdělení a něco jsme tam vymýšleli no tak taky, no takový hraní vobčas, ale spíš v menší míře.“*

Respondentky programu BIVŠ se shodly v názoru, že množství skupinových metod určených k nácvičku dovedností nebo k řešení konkrétních problémů z praxe bylo minimální. Ivana (BIVŠ): *„No tak toho tam fakt moc nebylo, už si to ani moc nepamatuju ... něco při té komunikaci, nějaký nácviček rozhovoru...“* Radka (BIVŠ) její názor potvrdila, zároveň poukazuje na pedagogické schopnosti lektora: *„Snaha o používání nějakých aktivních metod, jako ve skupině, byla v předmětu managementu od jednoho vyučujícího. Vedení výuky touto formou nebylo sice na kvalitní úrovni, která by pomohla získání zážitku a zkušenosti, ale alespoň byla snaha.“*

V rozhovorech se ukázalo, že nejvíce skupinových úkolů a simulací reálného prostředí bylo využíváno v programu FHS, a to i díky vyučované supervizi (kap. „Co se



všichni neučili“ 3.5.1.3). Respondenti ocenili např. zážitek z řízení diskusní skupiny, prezentování v angličtině a zejména z Balintovské skupiny:

Milan (FHS): „...v řadě ohledů jsme byli velmi tvůrčí, to znamená, rozdělili jsme se na malé skupiny, plnili jsme konkrétní úkoly ... vyhovovalo, ano. Ehm, ta skupinová práce byla nesmírně podnětná, motivující a byla pro nás i zábavná.“

Dita (FHS): „... my sme měli, já vím, že úplně jedno z prvních bylo, že jsme si právě zkoušeli ty faci- facilitační dovednosti a natáčeli jsme si video, to bylo úžasný.“

Marek (FHS): „... dodneška to vykládám, že sme měli možnost třeba Bálintovku zažít ... a prostě kdybyste mě ještě v 70ti v domově důchodců se zeptala, jak vypadá Bálintovka, tak vám to řeknu prostě, jaký má strukturu, jaký má fáze, ehm, jo ... prostě zážitková forma, zážitková pedagogika.“

Kurz IPVZ deklaruje jako metodu výuky modelové situace, které respondentky potvrdily, uvítaly by však větší rozsah: „... bylo to myslim komunikace ... takže jsme tam měli i scénky, že jsme to dělali, zkoušeli ... ale jak říkám toho by mohlo bejt daleko víc.“

Lenka (IPVZ). Naopak v programu AHCM jsme identifikovali spíše skupinová zadání úloh: „... tak my jsme tam pořád něco dělali dohromady nebo ve skupinách, nějaký úkoly, nácviky moc ne ... neumim si ani představit ty ředitele, jak hrají divadlo /smích/..“ Lada (AHCM).

Podle Rohlíkové a Vejvodové (2012) má skupinová práce výhody v tom, že studenti debatují o problémech, dostávají včasnou zpětnou vazbu, povzbuzují se, vysvětlují si nejasnosti, objevují chyby a vzájemně se kontrolují. Ve shodě s Mužíkem (2004) se domnívám, že přínosy skupinové práce, která řeší konkrétní problémy praxe, jsou pro vývoj manažera a potažmo dospělého jedince nenahraditelné i z toho důvodu, že podněcují jeho zájem, a tím i jeho participaci na vzdělávání.

Skupinové metody také podporují nácvik komunikace a kooperace v týmu, tudíž dalším argumentem pro jejich bohaté využívání právě při vzdělávání vedoucích nelékařských zdravotníků může být také tvrzení Bártlové (2013: 40), že „(z)ajištění kvality současné zdravotní péče není možné bez týmové spolupráce.“

#### **D. Paní, mám pro vás „psaní“**

Mezi teoreticko-praktické metody výuky, realizované ve zkoumaných programech řadíme i písemné úkoly, které korelují s principy zkušenostního učení. Tvorba písemných

prací, jako učební metoda, byla nejčastěji součástí výuky vysokoškolských programů. Kurz IPVZ z této kategorie můžeme rovnou vyloučit. V tomto kurzu písemné práce nebyly realizovány ani podle kurikula a ani podle sdělení respondentů.

Z výpovědí absolventů programu UPOL a FHS jsme zjistili, že seminární práce, které dotyční během studia vypracovávali, měly v mnoha případech za cíl kromě zvládnutí teoretického základu také podpořit jeho propojení s praktickým nácvikem dovednosti: *„vždy se jednalo o nějaký problém a vymyšlení řešení, případně o zpracování nějakého dokumentu, třeba SWOT analýza podobně.“* David (UPOL).

Písemné práce vypracovávali i účastníci programu AHCM. Kladně hodnotím propojení teoretického úkolu s mezinárodním a zdravotnickým kontextem: *„A dělali jsme takový porovnávací analýzy různých řízení, takže řízení v Americe, v Kanadě, v Německu, prostě různé státy různé systémy řízení zdravotnictví z pohledu mnoha států a mnoha způsobů řízení, což k tomu se běžně nedostanete.“* Lada (AHCM).

Na program BIVŠ byla další stížnost. Radka (BIVŠ) již poněkolkáté poukazuje na pochybení ze strany vyučujícího: *„... v těch seminárních pracech, pracích jo, ... tak ta úroveň, ta důslednost, že vopravdu to má být SWOT analýza se vším všudy, tak byla velmi nízká.“*

Výzkumné šetření dále ukázalo, že některé písemné práce (projektové práce nebo zprávy z praxe) byly výstupem poznávání a řešení reálných problémů praxe a jejich tvorba obnášela zpracování stávajících i nově nabytých zkušeností na základě teoretických znalostí. Takové úkoly plnili absolventi programů UPOL, FHS a AHCM:

David (UPOL): *„... měli jsme např. zpracovat komunitní plán svého města, což obnášelo jít na městský úřad a čerpat z oficiálních dokumentů ... výsledkem byla poměrně obsáhlá zpráva.“*

Dita (FHS): *„...tak oni tam podporovali, abysme jako témata pro ty různé úkoly využívali pracovní problémy, z reálu, takže jsem vytvářela nějakou seminární práci, která dodneška tady koluje po, po nemocnici a používá se...“*

Lada (AHCM): *„My jsme dělali projekt na řešení nějakého problému z vlastní nemocnice ... když to bylo v týmu tak i z toho zařízení ostatních ... vim, že tam pak v jedné nemocnici ten projekt realizovali.“*

### 3.5.1.7 Hurá do terénu

Praktické metody jsou postupy, které zprostředkovávají pozorování praktického chodu práce a podporují uplatnění dovedností a návyků formujících pracovní chování. Takovými metodami jsou například stáž a exkurze (Mužík, 2004).

Součástí deklarovaných forem výuky programu UPOL má být „... *nácvik pohybových a pracovních dovedností a pozorování při praxi v každém semestru.*“ (UPOL, 2008) Respondenti tohoto programu však absolvovanou praxi v terénu nepovažují za dostatečnou v závislosti na vysokém poměru výuky teoretického charakteru (kap. „Pasivita - aktivita, teorie – praxe“ 3.5.1.4): „... *že jsme se jako s kolegy tam se studenty jako bavili o tom, že by bylo lepší tam mít více praxe, praktické zkušenosti na pracovištích.*“ Petr (UPOL).

Dokument FHS popisuje praktické práce, které student samostatně realizuje ve vlastní nebo smluvené organizaci, a které mají skutečný dopad v podobě zavedení reálných změn v organizaci. Z pohledu absolventů je znění kurikula pravdivé, dotazovaní při stáži v terénu uskutečňovali konkrétní činnosti a úkoly: „... *my jsme tam chodili do organizací, který jsme si sami vybrali ... a tam jsme jako jako, hm, hledali problémy a pak jsme měli navrhnout nějaký řešení ... a pak sme v dalším semestru fakt ty změny dělali ... teda po dohodě a s pomocí toho vedení tý organizace.*“ Jana (FHS).

AHCM praktickou výuku v terénu podle kurikula nahrazuje exkurzí do zdravotnických zařízení v České republice, v Rakousku nebo Německu: „*Praxi jako že bychom někde strávili třeba týden, jsme neměli, byli jsme na exkurzi v jedné nemocnici v Německu a v jedné v Rakousku.*“ Lada (AHCM).

Kurikula BIVŠ ani kurz IPVZ pracovní praxi v terénu neuvádějí. Absolventky BIVŠ sice o exkurzi hovořily: „... *dvakrát jsme tam měli exkurzi do městský knihovny.*“ Ivana (BIVŠ), není nám však jasné, jaký přínos má návštěva knihovny pro manažerskou práci.

Mohlo by se zdát, že dostatečným zdrojem praktického učení je vlastně sama pracovní praxe manažera. Jednou z výhod organizované studijní aktivity v terénu je však zpětná vazba od vyučujícího, který facilituje proces učení se z vlastního výkonu (kap. „Teorie nikoho nezabije“ 3.5.1.5).

### 3.5.1.8 Někdo se učil akcí

Výzkumné šetření odhalilo, že v některých programech byla využívána moderní forma výuky manažerů a potažmo dospělých, která vychází ze zkušenostního učení, a to učení se akcí. Podle Folwarczné (2010: 143) akční učení „... řeší konkrétní pracovní problémy a umožňuje manažerovi změnu v jeho chápání podstaty problémů a vnímání reality, která může vyústit i v následnou změnu jeho chování.“

Vzorek dotazovaných absolventů se pohyboval v rozmezí 2–5ti let po ukončení studia. Témata prací a úkolů, které během studia vykonávali, si již všichni dobře nepamatovali. Řešení konkrétních problémů praxe, a tím uplatňování učení akční formou, zmiňovali však kupodivu nejvíce absolventi FHS, kteří studium ukončili před nejdelší dobou, tedy před 5ti roky.

Jana (FHS): „... my jsme tam chodili do organizací, který jsme si sami vybrali ... a tam jsme jako jako, hm, hledali problémy a pak jsme měli navrhnout nějaký řešení ... a pak sme v dalším semestru fakt ty změny dělali ... teda po dohodě a s pomocí toho vedení té organizace.“

Dita (FHS): „... tak oni tam podporovali, abysme jako témata pro ty různé úkoly využívali pracovní problémy, z reálu, takže jsem vytvářela náhou seminární práci, která dodneška tady koluje po, po nemocnici a používá se...“

Dále o akčním učení hovořila také respondentka AHCM: „My jsme dělali projekt na řešení nějakýho problému z vlastní nemocnice ... když to bylo v týmu tak i z toho zařízení ostatních ... vim, že tam pak v jedny nemocnici ten projekt realizovali.“ Lada (AHCM).

Analýzou výpovědí absolventů i kurikul jsem dospěla k závěru, že důvodem, proč ostatní respondenti nezmiňovali řešení konkrétních pracovních problémů, je, že v jejich programu nebyla výuka akční formou realizována vůbec, anebo pouze v minimální nevýrazné podobě.

### 3.5.2 Manažerův rozvoj – zisk pro všechny

Vzdělávací proces při studiu managementu se zaměřuje na rozvoj manažerských kompetencí a současně na osobnostní rozvoj jedince v oblastech, které s jeho manažerským působením souvisí. Cílem vzdělávání je dosáhnout změny chování

na pracovišti (Hekelová, 2012; Folwarcná, 2010). Vliv studia na osobnostní rozvoj absolventů a na jejich jednání v profesní praxi jsme posuzovali podle změny v sebepoznání, změny postojů a hodnot, podle množství a typu studií získaných kompetencí, jež respondenti využívají v profesní praxi, a podle manažerských aktivit, které respondenti v profesní praxi realizovali. Dalším indikátorem byla případná změna pracovní pozice vlivem studia.

### 3.5.2.1 Jiné hodnoty, jiné postoje, nová uvědomění

Významným ukazatelem osobnostního rozvoje manažera je změna jeho postojů a hodnot. Postoje jsou stanoviska pro a proti, které určitá osoba cítí a zaujímá k různým otázkám. Jsou odrazem jeho vlastních uznávaných hodnot (Prokopenko, Kubr a kol., 1996). Dotazovaní připouštěli jiné postoje, hodnoty a uvědomění ve vztahu sama k sobě, ke své práci, ke klientům i obecně k dění ve zdravotnictví. Ani v jedné z těchto oblastí jsme se nesetkali s náznakem, že by studium mělo na absolventy nežádoucí dopad. Nejméně rozvojových změn uváděla Lada z AHCM, která je jedinou top manažerkou z naší skupiny respondentů<sup>48</sup>. Obecný názor většiny uvádíme na příkladu Marka (FHS): „... *tak si člověk prostě uvědomoval některý věci a taková nějaká ... sebereflexe, tak určitě je, takže, některý svoje postoje ... ale i chování, a možná i hodnoty, jako hodnotovej systém, sem v rámci toho průběhu toho studia, ale i následný praxe potom, jaksi změnil.*“

#### A. Uvědomuju si, pochopil jsem ... sám sebe

Výzkumným šetřením jsme u respondentů odhalili změnu pohledu sama na sebe. Častým znakem, který respondenti uváděli, bylo zvýšení sebevědomí a samostatnosti. Anna (IPVZ) se cítí jistější ve své pracovní pozici: „... *že jsem si mohla být jistější v té práci, že mě to, že ta vědomost nebo to, že vím, jak to má správně být, jak se to dělá a jak to mám dělat mi zvedlo sebevědomí.*“ Lada (AHCM) přímo poukazuje na zvýšení jejího sebevědomí vlivem pozitivní zpětné vazby od lektorů: „... *ale tady vám vlastně říkají Vlastně to je super, vždyť to je vlastně dobrý, a tam jsem se možná poprvé nad tím zamyslela a říkala jsem si No tak vlastně asi jo...*“ V kontextu významu některých výpovědí respondentů (viz např. citovaná Anna) zvýšení sebevědomí raději hodnotíme jako získání „sebejistoty“, o které také Lojda (2011) hovoří jako o vlastnosti, která by měla být součástí charakteru manažera.

---

<sup>48</sup> Vrcholoví manažeři mají odlišné potřeby než manažeři nižších stupňů. Jejich rozvoj se ubírá spíše směrem k výměně myšlenek a zkušeností z okruhu politických, sociálních a ekonomických témat, na strategické a organizační problémy a přehodnocení vlastní vedoucí role (Prokopenko, Kubr a kol., 1996).

Zuzana (UPOL) u sebe zaznamenala změnu v podobě profesní **upřímnosti, čestnosti a schopnosti sebereflexe**, když pochybila v pracovním úkolu: „... *tedka z praxe jsem se votrkala, takže jakoby ten podřízený prostě oficiálně jsem napsala, že ... porušila jsem nějaký standard ... ta naše náměstkyně to ocenila ... jako bysem vystoupila z toho kruhu, že ty podřízený musej lhát a lhát...*“ Schopnost sebereflexe jmenovala při rozhovorech většina respondentů. Patří mezi ně i Milan (FHS), který si uvědomil svoje **limity a dispozice** ve vztahu k dalšímu kariérnímu postupu: „*Řekněme, že se, že jsem víc pochopil, pochopil, ehm, že by pochopil člověk sám sebe to je blbost, ale že ano, pochopil jsem, co mi víc svědčí, co mě víc baví, kde je moje místo.*“ Anna (IPVZ) sebereflexi uplatňuje pro hodnocení svého profesního chování: „... *že jsem se začala víc sledovat, i svůj přístup k těm pacientům...*“ Schopnost sebereflexe, stejně jako Lojda (2011) vnímáme jako základní kámen úspěšnosti manažera, a tím i podstatný důkaz jeho osobnostního rozvoje.

Radka (BIVŠ) uvádí jako oblast své osobnostní proměny **pokoru**: „... *člověk tím studiem, ačkoli potom může být na sebe pyšný, že to dotáhne, ale ve výsledku jako zpátky začne být takovej pokornější ... i k situacím pracovním...*“ Pokora podle Cajthamra a Dědiny (2010) patří k často citovaným hodnotám manažera. Zároveň je také jednou ze základních lidských ctností. Radka však byla jedinou respondentkou, která pokoru jmenovala.

Důležitým rozvojovým prvkem, který jsme na základě výzkumu identifikovali a který uvádělo více respondentů, je **sebeřízení** v podobě **organizace času**: „... *ale že jsem fakt začala jakoby ... s rozmyslem plánovat věci, naučila jsem se trošičku si ten čas organizovat, abych měla na všechno dost prostoru.*“ Lenka (IPVZ). Plamínek (2013) popisuje čas jako neobnovitelný zdroj, se kterým je tedy potřeba dobře hospodařit. Pro manažera je tato dovednost velmi frekventovaná. Time management byl jedním z témat, které absolventi programů na výuce velmi oceňovali (kap. „Co se učili všichni“ 3.5.1.2), a také jej intenzivně využívají v profesní praxi (Ten umí to a ta zas tohle 3.5.2.2).

## **B. Uvědomuju si, pochopil jsem ... profesní prostředí**

Obecným jevem, který se při odhalování změn v postojích a hodnotách vyskytl, bylo **zvýšení nespokojenosti** s děním v praxi. Respondenti různou formulací uváděli, že díky lepšímu pochopení úskalí zdravotnictví a vlivem nově nabytých znalostí organizačních a řídicích procesů dokážou lépe identifikovat nedostatky a chyby v profesní praxi, ale také

si více uvědomují obtížnost, a někdy až nerealizovatelnost nápravy: „... že jsem si uvědomil ... že v podstatě to, co se tam člověk učí, jak se to má dělat a co je nejlepší ... tak, že neodpovídá realitě a že ta realita je dost odtržená od těch teorií a že v podstatě v tom zdravotnictví je to špatně a ... některý věci asi ani nejde vyřešit nebo nevím, by se musel stát nějaký zázrak ve vládě /smích/.“ Petr (UPOL).

Další zjištění, která jsme v rozhovorech identifikovali jako významná, jsou již konkrétnější povahy. Výzkum odhalil, že ačkoliv se respondentům zdála nedostatečná výuka personálního řízení a leadershipu (kap. „Co se učili všichni“ 3.5.1.2 a „Co se všichni neučili“ 3.5.1.3), přesto si vlivem studia do praxe přinášejí jakýsi „ideál“ vztahující se k problematice **personálního řízení a zodpovědnosti vůči personálu**: „... sem si uvědomila, že těm manažerům jde málo o ty zdravotníky a že to s nima neuměj.“ Dita (FHS).

Petr (UPOL): „... jak jedná nadřízený se svými podřízenými ... a že to řízení vlastně ve zdravotnictví prostě se řídí ... metodami, který jsou starý pětadvacet, třicet let ... změnil jsem jakoby náhled a v jednu chvíli jako od toho druháku, co jsem studoval, tak sem se snažil jakoby tomu systému jakoby vzdorovat.“

Změna postojů k vedení personálu byla ovlivněna i výukou supervize u absolventů FHS (kap. „Co se všichni neučili“ 3.5.1.3). Uvědomují si nyní více potřebu **péče o zaměstnance** ve smyslu jejich **psychické podpory**: „... jsem pochopil ... ty lidi, ehm, zdravotníci nemaj žádnou podporu ... nikdo neposlouchá jako ty jejich problémy ... že ta supervize by v podstatě v péči o zaměstnance, ta supervize by měla pomoci těm zaměstnancům a že by se měla tam zavést...“ Milan (FHS).

Důležitou oblastí, ve které došlo ke změně postojů, byla **komunikace**. Respondenti vlivem studia pochopili význam komunikace v širším rozměru. Hovoří nejen o komunikaci na pracovišti, ale i mezi různými stupni řízení, a chápou efektivní komunikaci jako nástroj řešení mnoha problémů: „... hodně záleží na té komunikaci, pokud ten management je zavřený v nějaké ulitě a vlastně nekomunikuje s okolím, tak to nemůže do budoucna fungovat, protože voni ... on si myslí, že všechno funguje, že je všechno v pořádku, ale potom realita může být jiná.“ Magda (FHS).

Radka (BIVŠ): „... uvědomuju si, jak je strašně důležitý s lidmi mluvit, hovořit s nimi ... Takže prostě ta komunikace tam a ta práce s těmi lidskými zdroji je nejtěžnější.“ Přestože absolventi všech programů nebyli při studiu spokojeni s množstvím nácviku

a výuky právě komunikace (kap. „Co se všichni neučili“ 3.5.1.3), v tomto směru pozitivně změnili nejen postoj, ale i jednání (kap. „Ten umí to a ten zas tohle“ 3.5.2.2).

Výzkumem rozvoje absolventů jsme dále identifikovali **zvýšení loajality** k vlastní organizaci a pochopení, že pokud má dojít ke změně k lepšímu, je potřeba být **aktivní**: „... jako člověk má hájit nějaký zájmy vlastně to tý organizace a poukazovat na nějaké vnitřní třeba nedostatky a snažit se je jako zlepšovat nebo napravovat.“ Petr (UPOL).

Z rozhovorů jsme dále zjistili, že absolventi FHS vykazují změnu postoje k **řešení problému** a k **rozhodování**. Uvědomují si význam předchozí **analýzy situace, kritického zhodnocení** a nezbytnost **postupných kroků při zavádění změny**: „... snažím se teď objektivizovat cosi, svá rozhodnutí nebo ehm, dívat se na problematiku z více hledisek, najít to správné podle nějakých pravidel toho, co je efektivní ... tak zefektivňovat věci nebo dívat se na problematiku komplexně a rozhodovat se na základě důkazů, ehm nebo nějakých analýz, něco takového ... a to bylo také poznání po studiu, že věci nelze dělat ráz na ráz, chirurgické řezy...“ Milan (FHS). Uvedené prvky jsou podstatou efektivní práce manažera (Folwarczna, 2010) a byly také s větší či menší intenzitou studijní náplní programů. Objevení těchto postupů pouze ve výpovědích absolventů FHS dle mého úsudku může souviset s intenzivní akční formou výuky a bohatým řešením reálných problémů při studiu (kap. „Co se učili všichni“ 3.5.1.2 a „Jakopraxe“ 3.5.1.6). Akční učení pomáhá podle Folwarczny (2010) rozvinout právě pochopení podstaty problému a navrhnout a propracovat neoptimálnější řešení.

Dopady studia se projevily i v intenzivnějším náhledu několika absolventů na **týmovou spolupráci a společný cíl**. Magda (FHS) svůj nový postoj definuje jako „ideál“: „ Docvaklo mi, teda že jako ideál vidím, že je ... že jsou, že jsou všichni na stejný notě tak nějak naladěný, a že je potřeba je nějak jako stmelit ... ať jako že táhnou za jeden provaz, určitě v tom týmu by neměly bejt žádné podrazy a všem má jít o dobrou věc, určitě o posun té organizace k lepšímu.“

V rozhovorech se také projevilo, že respondenti si nyní lépe uvědomují význam **sledování a zlepšování kvality poskytované péče**, které bylo součástí obsahu výuky všech programů: Anna (IPVZ): „... že jsem se začala ... z hlediska tý kvality péče ... víc sledovat i přístup k těm pacientům tady.“ Zuzana (UPOL) kupříkladu změnila postoj k akreditaci: „... no prostě jsem trošku přehodnotila ten pohled na tu akreditaci ... jako



*vim prostě vim, že to jde k dobrému k dobrému cíli, že to má jako dobrou myšlenku .... se teď snažím jako víc s tím vedením spolupracovat a ponoukat ty ostatní dole.“*

Dalším fenoménem bylo zkvalitnění **etického přístupu a profesionálního chování**, odrážející oceňovanou výuku etiky (kap. „Co se učili všichni“ 3.5.1.2): „... jsem pochopil ... je potřeba důraz na nějakou profesionální a profesní etiku, na jednání, na na jednání s lidmi, prostě pamatovat na slušnost mezi, v tom kolektivu a nějakou ... profesionalitu, aby se člověk choval profesionálně.“ Petr (UPOL).

Někteří dotazovaní jedinci uvedli také **zvýšení empatie** k nadřízeným, podřízeným či klientům: „... jsem si vodnesla i jakoby de facto trošku se dokážu vcítit do těch vedoucích pozic ... trošku tak mi otevřela voči ta škola...“ Zuzana (UPOL).

Ivana (BIVŠ): „... jak jsme se učili to personální řízení a co typy zaměstnanců proč jako dělají ... na jednu stranu je fakt, že k jedné kolegyni tady, takový tý travičce studní jsem trochu přehodnotila přístup, teda jako v dobrém smyslu /smích/.“

Vzhledem k zaměření programů FHS a BIVŠ i na management sociálních služeb (kap. „Co se všichni neučili“ 3.5.1.3), nastala změna v postoji jejich absolventů k **sociálním službám**: „... víc uvědomuju, jak je ta sociální pomoc pro ty pacienty důležitá a jak je jako lepší víc se tomu věnovat.“ Radka (BIVŠ).

Dita (FHS) dokonce v kontextu sociální práce uvádí změnu pohledu na zdravotnické pracovníky: „... že vlastně ti zdravotníci jsou hodně zahleděni do sebe pořád vzdychají jak mají málo peněz, jak jsou přetížení a tak dále ... často jim jde málo o smysl toho léčení, o toho pacienta ... když jsem to srovnávala s tou sociální prací ... proti těm ... jsme v pohodě ... sociální pracovníci jsou mnohem víc zabraní do té svojí práce a jsou ochotní víc se obětovat.“

Z předchozích interpretací a dalších výpovědí jsme došli ke zjištění, že u respondentů nastalo obecné zvýšení **zodpovědnosti** a **aktivního přístupu**. Folwarczná (2010) na základě svého výzkumu řadí právě zodpovědnost a aktivní přístup mezi rozvojové cíle manažerů.

### **3.5.2.2 Ten umí to a ta zas tohle**

Další zkoumanou stránkou osobnostního rozvoje bylo nové profesní využívání studií předávaných kompetencí. Po vzoru Prokopenka, Kubra a kol. (1996) je rozdělujeme do dvou skupin: na kompetence technické a kompetence v jednání s lidmi.

Obdobné rozdělení jsem uváděla již v kapitole popisující vzdělávací potřeby manažerů 1.5., kde byly skupiny nazývány podle Lojdy (2011) jako „tvrdé“ a „měkké“. Součástí skupin jsou i pro manažera významné kompetence klíčové, které byly vzdělávacím procesem při studiu ve zkoumaných programech rovněž rozvíjeny, a jejichž rozvoj neodmyslitelně patří do vzdělávání dospělých a zejména manažerů (Mužík, 2004; Folwarczná, 2010).

### A. Technické kompetence

Prokopenko, Kubr a kol. (1996) mezi technické kompetence řadí znalosti a dovednosti, které se týkají ekonomických, finančních, strukturálních a procedurálních stránek práce.

Ze skupiny technických kompetencí, které absolventi programů využívají v praxi, byly nejčastěji jmenovány **ekonomické a finanční** dovednosti a znalosti. Radka (BIVŠ) poukazuje na přínos výuky účetnictví: *„Dneska už mi přijde naprosto samozřejmý záležitost, co se týká aktiv pasiv a dalších výkazů.“* Lada (AHCM), coby top manažerka, ocenila získaný ekonomický rozhled: *„Má to pro mě vliv v tom, že když máme poradu vedení a řeší se ekonomická situace, tak vím, o čem mluvěj, vím, proč to tak je a ... asi takovej ten globální pohled.“*

Další oblastí, kde došlo k uplatnění studií nabytých vědomostí, je **legislativní znalost**: *„... že jsem začala ... víc sledovat tu naši práci z pohledu toho zdravotnickýho práva, co jako smíme vůči pacientům, na co mají nárok ... víc jsem věděla ... takže do té práce konkrétní se to určitě promítlo.“* Anna (IPVZ).

Zuzana (UPOL): *„... tak trošku jsem se otrkala, co se týče těch zákonů, už se toho tolik nebojím a teď i holkám radím.“*

Přínos studia vzhledem k technickým kompetencím jsme identifikovali také v činnostech týkajících se **strategie, plánování a rozhodování**: *„Tak snažím se věci plánovat a rozhodovat se na základě důkazů, ehm nebo nějakých analýz.“* Milan (FHS).

David (UPOL): *„U nás je potřeba tu práci plánovat, připravit si ten výzkum, rozvrhnout si co a jak, takže to mně jako ta škola určitě prospěla, že ty techniky... ehm, ty jako činnosti, co nás učili ve škole, využívám.“<sup>49</sup>*

---

<sup>49</sup> David (UPOL) pracuje v klinickém výzkumu jako vedoucí. Pozn. autora práce.

Dita (FHS) zmínila využívání analytického nástroje, a tím nepřímo potvrdila strategické plánování: „... takže když sem řešila nákej problém, tak sem si třeba udělala swot analýzu.“ Dita také uplatnila ve vlastní organizaci business plán, který vytvářela ještě během studia: „Já jsem srovnávala- dělala sem byznys plán a srovnávala sem rouškování bavlněný s rouškováním na jedno použití ... vzápětí na to přišla, přišel ten okamžik, kdy moje nemocnice přecházela na to jednorázový rouškování a pořád hledala cesty, jak to udělat ekonomicky co nejefektivněji, tak ... moje studie byla jediný vodítko, kterou tady, tady ty formy, který to zpracovávaly, měly.“

Součástí obsahu některých programů byla i výuka **výzkumných dovedností a znalostí**, které sice nejsou typicky manažerskou kompetencí, nicméně náleží mezi kompetence získané studiem. Výzkumné šetření obnáší prvky plánování, strategického myšlení a jednání, rozhodování atd. (Miovský, 2006; Hendl, 2008), dovolíme si je tedy zařadit mezi technické kompetence uplatňované v profesní praxi respondentů. Z rozhovorů jsme zjistili, že čtyři z devíti respondentů, kteří absolvovali výuku výzkumných metod, uplatňují výzkumné dovednosti i v profesní praxi.

Jana (FHS) „... kvalitativní, kvantitativní výzkum, doteďka z toho těžim, takže opravdu oba výzkumy provádíme velmi často a vlastně sestavuju dotazníky pro ostatní členy našeho týmu.“

David (UPOL) „... ten výzkum, ted' vlastně dělám na pozici vedoucího v klinickém výzkumu, takže tam.“

Klíčovou kompetencí, ve které respondenti zaznamenali posun, je **práce s počítačem a internetovými zdroji**. V kap. „Co se všichni neučili“ 3.5.1.3 jsme uváděli, že obsahem některých programů byla výuka informatiky a výpočetní techniky, zároveň je však zběhlost v používání výpočetní techniky rozvíjena i vyhledáváním informací a vypracováváním písemných úkolů, zpráv a závěrečných prací při studiu (kap. „Teorie nikoho nezabije“ 3.5.1.5). Rozvoj této dovednosti přinesl respondentům zrychlení jejich manažerské práce: „... ale pomohlo mi to v mý práci ... jsem ted' rychlejší ...“ Lada (AHCM).

Analýza rozhovorů odhalila, že informace o používání typicky manažerských technických kompetencí se obecně ve výpovědích respondentů vyskytovaly sporadicky, ačkoliv jejich výuka byla ve všech programech realizována různými způsoby vesměs v dostatečném množství (kap. „Co se učili všichni“ 3.5.1.2). Tento fakt může být zapříčiněn tím, že je dotazovaní vykonávají málo, nebo si jejich vykonávání v praxi

neuvědomují. Na základě odborné literatury (Gladkij, 2003; Hekelová, 2012; Plevová, 2012) i vlastních zkušeností se domnívám, že pevně daná hierarchie řízení ve zdravotnických institucích, rigidní rozdělení pravomocí, standardizace práce nelékařských zdravotníků a stále přetrvávající stereotyp podřízenosti nelékařů vůči lékařským povoláním neposkytuje nelékařským vedoucím pracovníkům pro využívání technických kompetencí dostatek prostoru.

## **B. Kompetence v jednání s lidmi**

Prokopenko, Kubr a kol. (1996: 25) kompetence v jednání s lidmi popisují jako „... všechny složky týkající se práce s lidmi, které ovlivňují komunikaci a jednání manažera s jednotlivci a skupinami, a to jak v rámci organizace, tak i mimo ni.“

Výzkum nás dovedl ke zjištění, že nejčastější pozitivní posun uváděli respondenti v dovednostech, znalostech a schopnostech vztahujících se k **personálnímu řízení**. Obecně jmenovanou dovedností v rozhovorech bylo **vedení lidí**: „... no, tam došlo asi k velké změně ... jsem se naučila ten, eee ... vedení toho týmu ... to mně dalo hodně pro tu moji práci.“ Anna (IPVZ). Zlepšení ve vedení lidí respondenti často spojovali s uplatňováním **time managementu**: „...vylepšila ... způsob řízení řízení lidí jo a to ve smyslu, že ... mnohem lépe umím řídit svůj čas, prostě stanovovat si priority.“ Radka (BIVŠ).

David (UPOL): „No asi ... asi jsem zlepšil teda hodně ten time management ... to jo, ten určitě ...“

Lenka (IPVZ): „... jsem fakt začala jakoby, jakoby s rozmyslem plánovat věci, naučila jsem se trošičku ten čas na tom oddělení líp organizovat, a hlavně sobě ... abych měla na všechno dost prostoru.“ Lenka v souvislosti s řízením času uplatňuje nově také **delegování**: „... že jsem si uvědomila, že prostě nemusím dělat všechno sama, to delegování mi furt nejde tedy, ale tak snažím se /smích/.“

Dita (FHS) hovoří jak o time managementu, tak i o využívání dovednosti **organizace a vedení porad**: „... sem dělala schůzky a tak jak mě to ve škole naučili, tak podle toho jsem se řídila a připadalo mě, že to má smysl a měla sem pocit, že i ti lidé, které jsem třeba vyzvala ke schůzce, nebo jsem jim psala nějaký časový plán...že to ocenili.“ Poznatky o vedení porad využívá i Marek (FHS): „... rozhodně říkám, ehm, vedení porad ... já jakoby se k tomu vracívám, třeba ve své práci, a musím říct, že se k tomu, jakoby není to

*úplně přímo náplň má práce třeba, ale dost často do těch poznatků nebo do těch, do těch zápisů já se dívám, sahám protože jako nastane nějaká situace.“*

Důležitou oblastí vztahující se k jednání s lidmi, ve které došlo k výraznému rozvoji, je **komunikace**. Přestože absolventi programů projevovali nespokojenost s rozsahem výuky právě této klíčové dovednosti, výzkumem jsme dospěli ke zjištění, že studium pozitivně ovlivnilo nejen celkový postoj respondentů k významu komunikace, ale i komunikační dovednosti při výkonu jejich profese (kap. „Co se všichni neučili“ 3.5.1.3 a „Jiné hodnoty, jiné postoje, nová uvědomění“ 3.5.2.1).

Anna (IPVZ): *„Jsem se naučila ... komunikace s těma podřízenýma ... to mně dalo hodně ... a využívám to v té práci ... snažím se s těma lidma komunikovat, snažím se (...) přijímat jejich názory. Když ten názor nemůžu přijmout, tak se snažím jim vysvětlit, proč to teda nejde...“*

Jana (FHS): *„... jako naučila sem se řešit nějaký situace ... spíš takových těch složitých situací a konfliktních rozhovorů, tak to, ehm, v práci líp zvládám...“*

Ivana (BIVŠ): *„... zvládám líp tu komunikaci s těma zaměstnancema ... víc jako s nima mluvím .. nebo spíš jasnějc jim to asi umím i formulovat, co po nich chci ... ale hlavně s vedením, nenechám se odbejt třeba /smích/.“*

Výzkumné šetření nám tedy potvrdilo rozvoj vůdcovských a komunikačních dovedností a schopností absolventů, který je dalším z cílů vzdělávacích programů managementu. Rozvoj „měkkých“ dovedností a schopností se podle Folwarczné (2010: 25) stává „... jasnou strategickou prioritou...“ pro příští roky.

### **3.5.2.3 Nemusí být vedoucí, aby uplatnili tuhle školu**

Předpokládaným využitím studia managementu zdravotnictví, jak uvádějí kurikula vysokoškolských programů a AHCM, je uplatnění absolventů ve vedoucích pozicích. Změna profesní pozice se podle našich zjištění týkala pouze některých absolventů UPOL a FHS, neboť respondentky z BIVŠ, AHCM i IPVZ již uspokojující vedoucí post zastávaly, přičemž kurz IPVZ není ani pro kariérní postup dostatečným předpokladem. Výzkumné šetření odhalilo ovšem také skutečnost, že studium lze využít i jiným způsobem. Absolventi UPOL a FHS uplatňují získané vzdělání pro užitečné aktivity, sahající za rámec jejich pracovní náplně. Některé snahy však nedošly kvůli vnějším bariérám naplnění. Profesní činnosti respondentů svědčí o zodpovědném a aktivním

přístupu ke zlepšování situace ve zdravotnictví zejména v oblasti kvality poskytovaných služeb, dále pak v oblasti pracovního prostředí zdravotníků.

Jana (FHS) nyní působí jako manažer kvality: „... *já si myslím, že ano že ano že minimálně jsem vlastně ke své práci dostala ještě další tu kvalitu ... a vlastně to mám doted*.“ Stala se také členkou výboru České nefrologické společnosti sester. Jana zastává názor, že studium oboru managementu zdravotnictví přináší kompetence, které lze uplatnit nejen v roli vedoucího pracovníka, ale také v širším společensky prospěšném měřítku: „... *pracuju vlastně máme projekt, který se jmenuje Ambassador, takže vlastně je to i ve vedení toho projektu takže ono to vlastně víc souvisí, člověk nemusí být v manažerský pozici, nemusí být jakoby vedoucí kolektivu, aby uplatnil tuhleť školu*.“

Marek (FHS) kromě manažera kvality získal i post interního auditora musel však na sebe upozornit: „*Profesní změnu ano, znamenalo, ale na druhou stranu bych řekl, že to možná souviselo s tím, že jednak sem si jí maličko jakoby tu změnu vynutil, že ehm sem teda poukázal na, že když už sem teda vystudoval nějak ten řídicí obor, nebo ten managerskej směr, tak že možná bych nechtěl jenom dělat tu řadovou práci toho radiologickýho asistenta*.“ V době rozhovoru usiloval o zavedení systému povinného vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků na jejich oddělení: „*Pracujeme na tom s paní inženýrkou a s vrchní laborantkou, a budou tam i témata, který se týkají komunikace, vztahu s pacientem*...“.

Milan (FHS) si vlivem studia uvědomil, že pro typické vedoucí pozice nemá předpoklady. Nyní se aktivně podílí na tvorbě standardů a začal školit zdravotnické záchranáře v přednemocniční péči a kvalitě poskytovaných služeb: „... *se teď zabývám kvalitou ošetrovatelské péče v přednemocniční péči*.“

Dita (FHS) školí sestry ve zdravotnických zařízeních a přednáší na VŠ o kvalitě poskytované zdravotnické péče, publikovala na toto téma články. Dita také měla snahu o zavedení supervize v jejím zdravotnickém zařízení, bohužel se nesetkala s kladnou odezvou: „... *jsem vlastně v mém zdravotnickém zařízení navrhla možnosti rozvíjení supervize a šla jsem za hlavní sestrou ... a ona říkala, teď mi to vůbec neříkejte, přijďte za rok, za rok znamená nikdy, když vám to řekne, když vám to řekne takový top manažer*.“

David (UPOL) uplatňuje své manažerské vzdělání jako projektový manažer a vedoucí oddělení klinického výzkumu: „... *Hmhm, je pravda, že když jsem ukončil studium, tak jsem ještě neměl manažerskou pozici ... a vlastně v podstatě ukončením*

*studia sem se dostal na pozici kde už sem měl tři podřízené. Měl jsem to ulehčené se dostat na tu manažerskou pozici, když sem měl tadytu školu.“* Současně aktivně podporuje vzdělávání podřízených: *„snažím se ty podřízený motivovat ke vzdělávání ... hlavně když se chce někdo profilovat nějakým směrem, tak tu možnost má a nemusí být u toho, co dělá aktuálně, ale chce se zaměřit na něco, a je tu ta možnost, tak to podporuju.“*

Petr (UPOL) měl snahu iniciovat změnu v zastaralém stylu personálního řízení na jeho pracovišti, bohužel však neuspěl: *„tak sem se snažil jakoby tomu systému jakoby vzdorovat, nebo jako se tomu postavit, že prostě upozorňovat na nějaké chyby, které jakoby jsem viděl třeba na vlastním oddělení, a docela jsem narazil, a pak jsem vlastně se musel stáhnout, abych tam vůbec mohl vydržet a tak je to vlastně doteďka.“*

### **3.5.2 Ring volný: Česko versus Amerika**

Významné znalosti a dovednosti, nutné pro zvládnutí profesních činností, definuje ve formálním vzdělávání dospělých obecný a specifický standard (Mužik, 2005). Formální vzdělávání profesionálních manažerů zdravotnictví v USA se řídí specifickým standardem CAHME, jehož kritéria byla vytvořena konkrétně na programy tohoto zaměření ([www.cahme.org](http://www.cahme.org)). Rozdíly mezi českými a americkými standardy jsou uvedeny již v kap. 2.3. V této části interpretace dat konfrontujeme nároky amerického standardu s výstupy předchozího zkoumání vybraných programů a docházíme ke zjištění, zda vzdělávání českých zdravotnických manažerů je z hlediska obsahu a formy výuky schopno uspokojit úspěšné americké normy.

Americký standard CAHME (2013) jako základ kurikula vyžaduje **soubor kompetencí**, které korespondují s účelem studia a typem profesního uplatnění absolventů. Analýza kurikul prokázala, že jednotlivé programy definují obdobnou základní skupinu působností, které má studium naplňovat a které odpovídají cílům programů a požadavkům dobré praxe managementu zdravotnictví. Odchytky v kompetenčních souborech se projeví zejména ve vztahu k zaměření programů FHS a BIVŠ na sociální sféru. Další požadavky standardu jsou již konkrétnější.

#### **3.5.3.1 Soubor kompetencí**

U některých požadavků amerického standardu nelze jednoznačně říci, zda náleží k obsahu nebo formě výuky. Text hovoří komplexně o kompetencích, z nichž některé mohou být utvářeny jak vyučovanými tématy, tak metodami učení.

**A. Osnovy programu mají studentům poskytnout patřičnou hloubku a šíři znalostí systému zdravotní péče a řízení ve zdravotnictví.**

Všechny zkoumané programy nesly v názvu zaměření na zdravotnictví a také v kurikulech deklarovaly předměty, které svým obsahem odpovídají výuce problematiky zdravotnických systémů a řízení ve zdravotnictví. Z výpovědí respondentů však vyplynulo, že v programu BIVŠ nebyla ekonomická a finanční témata na zdravotnictví aplikována v dostatečné míře. Důvodem byla nízká odbornost lektorů v oblasti zdravotnických problematik, zejména ve financování zdravotní péče, se kterým by měl být manažer zdravotnictví jistě obeznámen (kap. „Co se učili všichni“ 3.5.1.2). Ostatní zkoumané programy své respondenty uspokojily. Potvrzením jsou sdělení respondentů, kteří znalosti uplatňovali v profesní praxi (kap. „Ten umí to a ta zas tohle“ 3.5.2.2).

**B. Osnovy programu mají rozvíjet kompetence studentů v oblasti řízení a vedení.**

Naše výzkumné šetření potvrdilo, že ve výuce všech českých programů jsou přítomny vyučovací předměty věnované řízení a v programu AHCM a kurzu IPVZ byl věnován i viditelný prostor leadershipu, který je právě v USA preferovaným stylem (Cejthamr, Dědina, 2010). Programy FHS, UPOL a BIVŠ provozovaly podle sdělení respondentů výuku leadershipu jako samostatného tématu pouze v nízké míře (kap. „Co se všichni neučili“ 3.5.1.3). Rozvoj vůdcovských schopností a dovedností spočívá však i v komunikační obratnosti a etické výchově, která byla obsahem všech programů. Dalšími podporujícími prvky jsou aktivní formy výuky, jako jsou modelové situace, hraní rolí a nácvik personálních dovedností, které byly, dle výpovědí respondentů, nejvíce koncentrovány v programu FHS a AHCM. K programu FHS je nutno dále připomenout výuku supervize, která má pro podřízené pracovníky podpůrný charakter.

Respondenti v interview sdělovali, že vlivem studia nejčastěji změnili jednání právě v činnostech spojených s vedením vlastních kolektivů (kap. „Ten umí to a ta zas tohle“ 3.5.2.2). Můžeme tedy říci, že osnovy zkoumaných programů oblast řízení a vedení rozvíjejí. Nejeefektivnějším se nám dle rozmanitosti a množství rozvojových prvků těchto kompetencí jeví program FHS.



### **C. Osnovy programu mají rozvíjet kompetence studentů v oblasti komunikace a mezilidské efektivity.**

Komunikace jako samostatné výukové téma byla uváděna v programech BIVŠ, FHS a IPVZ. Podle sdělení absolventů programů by ovšem větší rozsah výuky komunikačních dovedností uvítali všichni (kap. „Co se všichni neučili“ 3.5.1.3). Na základě teorií řízení a vedení a dobré praxe (Harris, 2006; Hekelová, 2012; Folwarczná, 2010) se domníváme, že k rozvoji těchto kompetencí dochází i v dalších vyučovaných předmětech, jako jsou témata personálního řízení, etiky a leadershipu. Manažerská etika spočívá kupříkladu i v tom, že dobrý manažer ctí pravidla slušného chování a tedy i slušné komunikace (Folwarczná, 2010). Mezilidskou efektivitu a komunikaci rozvíjely i zkušenostní a akční formy výuky, např. skupinové řešení problému, diskuze, nácvik prezentačních dovedností, komunikace při řešení úkolů v praxi atd. Výzkum také potvrdil, že právě v oblasti komunikace v souvislosti s vedením a řízením došlo u respondentů vlivem studia k rozvoji. (kap. Ten umí to a ta zas tohle“ 3.5.2.2. Domníváme se tedy, že můžeme požadavek na rozvíjení komunikace a mezilidské efektivity u zkoumaných programů považovat za splněný.

### **D. Osnovy programu mají rozvíjet kompetence studentů v oblasti kritického myšlení, analýzy a řešení problémů.**

V kapitole „Co se všichni neučili“ 3.5.1.3 jsme hovořili o výuce výzkumných metod (UPOL, BIVŠ, FHS), které podporují právě rozvoj těchto požadovaných kompetencí. Stejně tak je rozvíjejí i další předměty, zaměřené na ekonomické a finanční analýzy apod. Významným iniciátorem rozvoje analýzy, kritického myšlení a řešení problémů je učení ze zkušenosti a akční forma výuky, které byly podle kurikul i výpovědí respondentů nejobsáhleji přítomny v programu FHS, a AHCM. Ve výpovědích respondentů FHS se také vyskytly důkazy využívání těchto kompetencí v profesní praxi. V tomto směru nejvíce zaostává kurz IPVZ, kde nebyla výuka výzkumu a prakticky nebyly používány ani akční či zkušenostní metody výuky. Ostatní programy požadavek na rozvíjení analýzy a řešení problémů a kritického myšlení splňují, nejvíce pak program FHS, ve kterém byly uplatněny všechny zmíněné podporující elementy, navíc v nejširším rozsahu.

### **E. Osnovy programu mají rozvíjet kompetence profesionality a etiky.**

U tohoto požadavku standardu CAHME (2013) si nejdříve definujme pojem „profesionalita“. Janíček, Marek a kol. (2013: 218) se domnívají, že profesionalita „...

*obsahuje charakteristiky odbornosti a expertnosti, umocněné respektováním zásad etiky a emoční inteligence.“*

Posláním zkoumaných programů je podle znění kurikul příprava nových kvalifikovaných odborníků či zvýšení manažerské profesionality stávajících vedoucích pracovníků zdravotnictví. Výzkumné šetření potvrdilo, že odbornost je v programech více či méně naplňována vyučovánými tématy a metodami výuky, které zprostředkovávají znalosti významné pro organizaci a řízení zdravotnictví, dále pak i rozvoj manažerských a klíčových dovedností a schopností. Zde musíme opět připomenout zásadní nedostatek programu BIVŠ spočívající v nedostatečné aplikaci managementu na zdravotnictví (kap. „Co a jak se učí manažeři zdravotnictví“ 3.5.1). Součástí všech programů byla také respondenty oceňovaná výuka etiky (kap. „Co se učili všichni“ 3.5.1.2).

Rozvoj emoční inteligence podporuje podle Pletzera (2009) sebereflexe a zpětná vazba. Výzkumné šetření odhalilo, že zpětná vazba byla nejvíce podporována při výuce v programech FHS a AHCM (kap. „Teorie nikoho nezabije“ 3.5.1.5). Zároveň však je nutno konstatovat, že zkoumání oblasti osobnostního rozvoje respondentů vlivem studia přineslo zjištění, že u většiny dotazovaných, tedy i absolventů UPOL, BIVŠ a IPVZ, došlo ke zvýšení intenzity jejich sebereflexe. Zjistili jsme také, že sdělení většiny absolventů zkoumaných programů potvrzovala zvýšení jejich profesionálního chování a etického přístupu jak k personálu, tak i ke klientům (kap. „Jiné hodnoty, jiné postoje, nová uvědomění“ 3.5.2.1). Závěrem tedy potvrzujeme, že osnovy zkoumaných programů rozvíjejí kompetence profesionality a etiky, přičemž jako nejslabší se v tomto směru ukázaly programy BIVŠ a IPVZ.

### **3.5.3.2 Soupeři jsou ve formě**

Požadavky amerického standardu na formy výuky formálních vzdělávacích programů managementu ve zdravotnictví vycházejí z principů vzdělávání dospělých a principů manažerského vzdělávání formou učení se ze zkušeností a akčního učení.

#### **A. Program má zahrnovat metody učení řízené principy vzdělávání dospělých<sup>50</sup>**

Abychom dokázali určit, zda v uplatňování zásad vzdělávání dospělých formy výuky zkoumaných programů standardu vyhovují, podívejme se na základní principy vztahující se k metodám výuky jednotlivě krok za krokem.

---

<sup>50</sup> Principy vzdělávání dospělých jsou podrobně popsány v kapitole 2.4.

- **Dospělí přinášejí do procesu vzdělávání vlastní životní zkušenosti a znalosti, vlastní lidský potenciál.** Studium by mělo umožnit studentům využít jejich stávající základ znalostí a zkušeností a aplikovat je na nové poznatky a zkušenosti získané při studiu. (Knowles in QOTFC, 2007).

V kapitole o zásadách vzdělávání manažerů 2.4 jsem uváděla tvrzení odborníků, že vlastní zkušenost je stavebním prvkem učení se ze zkušenosti a akčního učení. Metody zkušenostního učení byly popisovány v kurikulech všech programů, přičemž v kurzu IPVZ byly přítomny oproti ostatním velmi sporadicky. Zkoumáním sdělení respondentů jsme vypátrali, že formy zkušenostního a akčního učení byly ve skutečnosti nejvíce realizovány v programech FHS a AHCM (kap. „Jakopraxe“ 3.5.1.6 a „Někdo se učil akcí“ 3.5.1.8). Příkladem může být Magda (FHS): *„Řešily se tam vlastně věci z praxe. Všechno to bylo vlastně o tom, co já jsem alespoň dělala....“*. Programy BIVŠ a UPOL v tomto směru zaostávají a program IPVZ můžeme kvůli skromným aktivním metodám výuky a absenci akčního učení zařadit na poslední příčku. Závěrem tedy můžeme konstatovat, že tento princip efektivně naplňují programy FHS a AHCM.

- **Dospělí jsou orientováni na význam a cíl,** tedy jsou připraveni se učit, když mají potřebu se vyrovnat s reálnými úkoly a problémy (Knowles in QOTFC, 2007).

Potvrzením připravenosti našich respondentů k učení je naše zjištění, že častou motivací dotazovaných absolventů ke studiu a k volbě programu managementu ve zdravotnictví byla profesní potřeba: *„... proto jsem na tu školu šla jako to, že jsem říkala, ať mě to upozorní na to, že dělám něco špatně...“* Lenka (IPVZ). Výzkumem jsme dále zjistili, že uvědomění významu a cíle vzdělávání v průběhu studia bylo podporováno demonstrováním teorie na případových studiích nebo reálnými příklady z praxe, dále pak zkušenostní a akční formou učení, které, jak jsme již uvedli u předchozího principu vzdělávání dospělých, nejvíce naplňovaly programy FHS a HCM.

- **Dospělí jsou orientováni prakticky.** Metody výuky by měly poskytovat simulace reálných situací a terénní nácvik, protože dospělí se učí nejlépe, pokud dovednosti mohou okamžitě využít (Knowles in QOTFC, 2007).

Výpovědi respondentů korespondovaly s faktem, že dospělí chtějí věci spíš vyzkoušet, než pozorovat (Mužik, 2004): *„... by bylo lepší tam mít více praxe, praktické zkušenosti na pracovištích.“* Petr (UPOL). Výzkum odhalil, že metody simulace reálných

situací byly používány ve všech programech, nejvíce při studiu FHS. Terénní nácvik v podobě exkurze a praxe v terénu potvrdili pouze respondenti programů UPOL, FHS a AHCM, přičemž studenti UPOL nebyli s množstvím praktického nácviku v terénu spokojeni. Nejefektivnější z hlediska akčního učení byla pro studenty praktická zkušenost v programu FHS při uskutečňování konkrétních úkolů v reálných organizacích (kap. „Hurá do terénu“ 3.5.1.7). Programy BIVŠ a IPVZ podle našich výzkumných závěrů tento princip tedy prakticky nesplňují.

- **Dospělí jsou schopni sebeřízení.**

Metodou výuky, založenou na schopnosti sebeřízení dospělých, je např. samostudium, dále pak vyhledávání informací nebo plnění samostatných úkolů. Shodujeme se s Plamínkem (2013) v názoru, že při sebeřízení nestačí jen umět a chtít, ale je potřeba systematicky konat. Výzkumným šetřením jsme zjistili, že z hlediska využívání sebeřízení dospělých ve výuce je nejslabším programem kurz IPVZ, kde účastníci vzdělávání prakticky neplnili samostatné úkoly a učení probíhalo nejvíce formou přednášek a z dodaných studijních textů. Vysokoškolské programy UPOL, FHS a BIVŠ naopak zahrnovaly vysoký podíl samostudia a samostatné vyhledávání informací, a společně s AHCM i plnění samostatných úkolů, ať už metodami zkušenostního, teoretického anebo akčního učení (kap. „Teorie nikoho nezabije“ 3.5.1.5, „Jakopraxe“ 3.5.1.6. a „Někdo se učil akci“ 3.5.1.8). Můžeme tedy považovat tento princip ve zkoumaných programech za skutečněný, s výjimkou kurzu IPVZ.

- **Činitelem pro naplňování principů dospělých při výuce je vysoká míra participace dospělého, která je ovlivněna jeho motivací.**

Výzkumné šetření odhalilo, že výchozí motivací, proč se respondenti vzdělávání zúčastnili, byla zejména již dříve zmíněná profesní potřeba, a dále pak vnitřní motivace osobnostního rozvoje: „... *abych aspoň trochu rozuměla tomu, co se po mně chce, co se týče té ekonomiky a co se týče takovýho toho vedení lidí...*“ Lenka (IPVZ).

Dita (FHS): „... *tak jsem hledala prostě něco, abych se mohla ještě rozvíjet, abych mohla postupovat...*“

Výzkumem jsme také dospěli ke zjištění, že v průběhu studia byla motivace dotazovaných absolventů rozvíjena právě naplňováním výše zmíněných principů vzdělávání dospělých a dále dvěma dalšími faktory:

### **a. Podpora motivace „novostí a zajímavostí“**

Z hlediska forem výuky jsme zjistili, že motivačně, a zároveň participačně, působila **novost** nebo **zajímavost** činností: „... protože to bylo něco nového a já se rád učím nové věci...“ Petr (UPOL). Milan (FHS) hovoří o využití metody skupinové výuky k podpoře aktivního zapojení: „Ehm, ta skupinová práce byla nesmírně podnětná, motivující a byla pro nás i zábavná.“ Výpovědi respondentů jsou potvrzením názoru Plamínka (2010: 15), že „(č)lověk vykonává úlohu, protože jej to baví nebo protože to považuje za významné a důležité.“

Motivační povahu mělo i navázání činností na předchozí zkušenosti studujícího a reálný pracovní kontext: „Řešily se tam vlastně věci z praxe. Všechno to bylo vlastně o tom, co já jsem alespoň dělala, a co jsem ke své práci potřebovala.“ Magda (FHS). Zde souhlasíme s tvrzením Rabušicové a Rabušice (2008), že pracovní a profesní kontext je pro iniciaci motivace k učení dospělých rozhodující. Tomuto účelu odpovídalo nejlépe zkušenostní a akční učení, významně realizované v programech FHS a AHCM.

### **b. Podpora motivace zpětnou vazbou**

Výzkumným šetřením jsme zjistili, že dalším prostředkem k podpoře motivace, a tím i participace, byla **zpětná vazba** od vyučujících i kolegů. Jakou formou a jakou intenzitou byla zpětná vazba dotazovaným absolventům poskytována, je popsáno v kap. „Teorie nikoho nezabije“ 3.5.1.5.

### **B. Program má napříč učebními osnovami poskytovat studentům příležitosti k účasti v týmu na základě mezioborových aktivit.**

Týmovou nebo skupinovou spolupráci a mezioborové interakce jsme již potvrdili v kap. „Jakopraxe“ 3.5.1.6. Týmová spolupráce jako metoda výuky (skupinové projekty, skupinové práce během výuky atd.) byla používána ve všech analyzovaných programech: „... že jsme třeba byli po skupinkách rozdělení a něco jsme tam vymýšleli no tak taky, no takový hraní vobčas...“ Zuzana (UPOL). S tím souvisí také mezioborové aktivity, kdy jsou účastníky programu, a tedy i skupinových úkolů, profesně různorodí jedinci (hlavní sestry, manažeři kvality různých typů zdravotnických zařízení, záchranáři apod.). Mezioborovou spolupráci zdůrazňuje v kurikulu zejména AHCM, BIVŠ a FHS, ale potvrdili ji respondenti všech programů. Lze tedy souhlasit, že tento požadavek amerického standardu naše zkoumané programy uskutečňují.

**C. Program má studentům poskytovat zážitky a porozumění při komunikaci s řadou zdravotnických pracovníků a organizací.**

Absolventi programů popisují setkání se zkušenými zdravotnickými odborníky v podobě lektorů. Výjimkou je program BIVŠ, jehož dotazovaní zástupci vznášeli kritiku na neodbornost některých vyučujících ve vztahu k problematice zdravotnictví (kap. „Co se učili všichni“ 3.5.1.2). Vysokoškolské programy UPOL a FHS požadovanou interakci s profesionály a organizacemi splnily praxí v terénu, v případě AHCM účastníci vzdělávání absolvovali exkurzi do zahraničních zdravotnických zařízení. Dále se na plnění tohoto požadavku u programu AHCM podíleli také hostující zástupci renomovaných firem a organizací v každém výukovém modulu. Kurz IPVZ v tomto ohledu mnoho možností svým studentům neposkytoval.

**D. Program má podporovat integrační zkušenosti, včetně terénních aplikací, které vyžadují, aby studenti v průběhu studia znalosti syntetizovali a aplikovali.**

Výzkum odhalil, že tento požadavek terénních aplikací poznatků je nejlépe plněn v programech UPOL, FHS a AHCM, kde byla na rozdíl od ostatních programů uplatňována praxe v terénu nebo exkurze, blíže popsaná v kapitole „Hurá do terénu“ 3.5.1.7. Dalším prostředkem pro naplnění těchto požadavků bylo zkušenostní učení, uplatňované ve všech programech, ikdyž v některých minimálně. Shrňeme-li poznatky, které jsme získali zkoumáním metod a formy výuky, můžeme konstatovat, že tento požadavek amerického standardu naplňují programy FHS, AHCM a menší měrou UPOL.

### 3.6 Shrnutí získaných poznatků

Konečné shrnutí přináší významné poznatky, ke kterým jsme dospěli pomocí našeho kvalitativního šetření, a tím odpovídá na hlavní výzkumné otázky uvedené v kap. 3.4. Výzkumným šetřením jsme zjišťovali, jaký je obsah a jaká je forma výuky vybraných programů managementu zdravotnictví, jaký dopad mělo studium na osobnostní rozvoj a jednání absolventů v profesní praxi, a jak obsah a forma výuky programů odpovídá požadavkům amerického standardu CAHME (2013).

Zkoumání obsahu programů potvrdilo, že byla manažerská problematika v programech vesměs skutečně vyučována v kontextu specifík i zákonitostí ekonomických a finančních procesů a strategií a systémů v oblasti poskytování zdravotní péče. Pro absolventy programů, a stejně tak z pohledu dobré praxe manažerského vzdělávání (kap. 1.5), byla vyučovaná témata vyhovující. Neidentifikovali jsme žádný předmět výuky, který by byl zbytečný.

Dotazovaní nelékařští zdravotníci však ekonomické a finanční znalosti považují v jejich profesní praxi za méně klíčové. Pro své profesní působení v prostředí zdravotnických kolektivů a klientů požadují vyšší zaměření na takzvané „měkké“ kompetence. Důležitou rozvojovou oblastí pro nelékařské zdravotnické manažery se tedy ukázalo **personální řízení**, ke kterému měla úzký vztah i **etická výchova** a rozvoj sebeřízení v podobě **time managementu**. Výuku etiky a time managementu výzkum odhalil v dostatečném rozsahu. S řízením lidských zdrojů také souvisela výuka témat **leadershipu** a obecně **komunikace**, které naopak ve zkoumaných programech nebyly podle názoru respondentů vyučovány v takové míře, jakou by si dotazovaní představovali. Výzkumným šetřením jsme však dospěli ke zjištění, že výuku a nácvik komunikace a rozvoj prvků leadershipu programy ve skutečnosti naplňovaly více, než si respondenti uvědomovali a připouštěli. Komunikační kompetence byly rozvíjeny kupříkladu již zmíněnou výukou etiky a aktivními metodami výuky v podobě zkušenostního a zážitkového učení ve skupině. Jako rozvojový prvek stylu vedení formou leadershipu se dle zjištění jevila podpora motivace zpětnou vazbou a aplikací úkolových témat na reálné problémy praxe, dále pak opět skupinové metody učení, které zprostředkovávaly nácvik sociálních dovedností apod.

Dotazovaní nelékařští zdravotníci podle našich dalších zjištění postrádali výuku témat pro poskytování psychické podpory směrem od manažera k zaměstnancům, kteří

jsou zvláště ve zdravotnictví ve zvýšené míře ohroženi profesním vyhořením. Tuto potřebu saturovala ojedinělá výuka **supervize** v programu FHS.

Podstatnou znalostí, kterou programy zprostředkovávaly, byla pro manažerskou profesní praxi zdravotníků **aktuální legislativa**, a to jak zdravotnické zákony, tak i zákoník práce. Lepší orientace a znalost aktuální legislativy měly následně vliv i na zodpovědnější profesní přístup respondentů ke klientům. Další důležitou oblastí, se ukázalo téma **výzkumu**, které bylo součástí obsahu pouze u vysokoškolských programů. Kromě dovedností výzkumného badatele, které respondenti dále uplatňovali ve své profesní praxi, např. při tvorbě dotazníků nebo v klinickém výzkumu, a tím i v oblasti zlepšování kvality poskytovaných služeb ve zdravotnictví, přispívalo toto výukové téma i k rozvoji **kritického a analytického myšlení**.

Výzkumné šetření odhalilo také podstatné zjištění, že v obsahu programů byla přítomna výuka témat, přinášejících rozvoj **klíčových kompetencí**, které jsou žádanými předpoklady pro uplatnění na trhu práce. Některé programy realizovaly výuku základů **informatiky a výpočetní techniky**. Zručnost a znalost práce s počítačovými technologiemi se podle sdělení respondentů ukázala jako zrychlující faktor manažerských činností. Výzkum také odhalil, že potřebu výuky IT technologií a dovedností potvrzovali spíše respondenti pokročilejšího věku. Někdo by mohl namítnout, že současná počítačová společnost již výuku počítačové gramotnosti na tak vysokém stupni vzdělávání nevyžaduje, my však na základě výzkumu můžeme argumentovat názorem respondentů i tvrzením odborníků, že ve zdravotnictví dochází k rychlému rozvoji moderních technologií, a tím stoupají nároky na počítačové dovednosti a znalosti vedoucích nelékařských zdravotníků.

Další rozvíjenou klíčovou kompetencí byla zběhlost v cizím jazyce, konkrétně se jednalo hlavně o výuku nebo trénink **angličtiny** v některých programech. Respondenti zvláště ocenili propojení jazykových znalostí s nácvikem prezentačních dovedností u programu FHS a manažerské zaměření angličtiny v programu UPOL.

Přínosem se ukázalo zaměření dvou programů kromě zdravotnictví i na **sociální sféru**. Spojení oborů přineslo účastníkům nový pohled na holistický přístup ke klientům a uvědomění si potřeby vyšší kooperace zdravotnictví se sociální péčí. Propojení a návaznost zdravotní a sociální péče v našem státě zatím není na úrovni srovnatelné se zahraničními systémy. Kvůli zvyšujícím se sociálním potřebám obyvatelstva, způsobeným



kupříkladu dlouhověkostí a demografickým vývojem, je však snahou vytvořit a zrealizovat sociálně zdravotní a zdravotně sociální reformy, které budou mít dopad i na manažerskou práci zdravotníků (Kuzníková, 2011). Výchova a vzdělávání vedoucích zdravotníků v kontextu sociální problematiky je tedy více než prozíravá.

Na kvalitě předávaných informací a znalostí se podle našeho zjištění zásadně podílela **erudovanost lektorů**. Spokojenost respondentů s obsahem výuky byla negativně ovlivněna nedostatečnou odborností v problematice zdravotnictví některých vyučujících v programu poskytovaném soukromým subjektem. V ostatních programech naopak dotazovaní na erudovanost lektorů pěli chválu. Obdobná situace se projevila také v nedostatečné pedagogické schopnosti, a možná i neochotě některých lektorů využít k předávání znalostí, zkušeností a dovedností, k nácviku a jejich fixaci různorodé motivující metody výuky. Nabízí se tak otázka, k čemu by byl úžasný obsah výuky, pokud by forma výuky nezprostředkovala jeho efektivní přenos na účastníka vzdělávání?

Současným účinným trendem vzdělávání manažerů je zkušenostní učení a nejnověji akční učení, které ve shodě s principy vzdělávání dospělých využívají zejména skupinovou práci, hraní rolí a mnoho dalších praktických metod k nácviku dovedností a zejména poznání a řešení konkrétních problémů praxe (Mužík, 2004; Folwarczná, 2010). Naše výzkumné šetření přineslo poznatek, že některé zkoumané programy právě novým trendům a potřebám vzdělávání manažerů formu výuky dostatečně nepřizpůsobily. Ve třech z pěti zkoumaných programů, dvou vysokoškolských a kurzu, jsme výzkumným šetřením odhalili převládající **teoretickou formu** výuky. Dotazovaní zdravotníci vysokoškolských programů této skupiny považovali převažující teoretickou výuku pro aplikaci studiem získaných znalostí a dovedností v praxi za nedostatečnou. Zbylé dva programy, vysokoškolský a MBA, realizovaly výuku ve výhodnějším vyrovnaném poměru jak teoretickou formou, tak i bohatým **zkušenostním učením**. Oba současně také nejvíce využívaly nejmodernější pojetí výuky manažerů a potažmo dospělých, a to **učení se akcí**.

Zmíněné formy výuky byly vymezeny metodami, které byly ve vzdělávacím procesu zkoumaných programů uplatňovány. Základní metodou výuky ve všech programech bylo **frontální přednášení**, spojené s kladením otázek a **diskuzí**. Při výuce ve vysokoškolských programech mělo zásadní pozici také **samostudium** společně s **vyhledáváním zdrojů a informací**, stejně tak tvorba **písemných prací**. Výzkum dále odhalil, že vítaným procesem učení pro nelékařské zdravotníky bylo předávání informací a zkušeností

z profesního terénu při setkávání s **odborníky z praxe**, dále pak **mezioborová výměna informací** s lektory i kolegy při studiu.

Výzkumem jsme dále došli k poznání, že ve skupině zmíněných tří „teoretických“ programů byly jen v malé míře realizovány **skupinové metody výuky**, které jsou zvláště přínosné právě pro nelékařské zdravotníky, u nichž jsou v profesním prostředí vysoké nároky na schopnost týmové spolupráce. Nejvíce skupinové spolupráce a navíc také **zážitkových metod** učení jsme odhalili ve vzdělávacím procesu programu FHS.

Propojení teorie s praxí bylo podle našeho výzkumu podpořeno **praxí** nebo **exkurzí v terénu** u dvou vysokoškolských programů a MBA, přičemž v programu FHS jsme podle výpovědí dotazovaných zdravotníků odhalili právě v souvislosti s návštěvou terénu známky novodobého akčního učení v podobě studenty zavedených změn v reálném pracovním prostředí, které u jiných programů neměly obdoby.

**Andragogické a manažerské metody** výuky, které byly prokazatelně nejvíce rozmanité, a na reálnou problematiku praxe zaměřené v programu FHS, byly pro dotazované zdravotníky důležitým prvkem podněcujícím jejich motivaci, a tím i jejich participaci na vzdělávacím procesu. Motivačně také působila **zpětná vazba**, která podněcuje učení se z výkonu a rozvíjí sebereflexi, a která je požadovaným rozvojovým prvkem vedoucích pracovníků (Kubeš, Šebestová, 2008). Ve skupině „teoretických“ programů podle našich poznatků byla zanedbávaným prvkem.

Obsah i formy výuky zkoumaných programů tvoří celek vzdělávacího procesu, který podle znění kurikul měl sloužit k rozvoji nejen manažerských kompetencí, ale i rozvoji osobnostních předpokladů jejich absolventů. Výzkumným šetřením jsme dospěli k poznání, že vlivem studia osobnostní rozvoj a změny jednání skutečně nastaly. Absolventi přiznali zvýšení profesní **sebejistoty** a samostatnosti. Většina dotázaných také uvedla zvýšení **sebereflexe**, a tím také pochopení vlastních **dispozic a limitů**. Důležitým prvkem osobnostního rozvoje se také ukázalo **sebeřízení** v podobě **organizace času**, kterou podle našich zjištění absolventi hojně uplatňují v praxi při organizaci vlastních povinností i práce podřízených. Další osobnostní změny pozitivním směrem, které jsme ve výpovědích respondentů identifikovali, se týkaly **upřímnosti, čestnosti** a v jednom případě i nabyté **pokory**. Ve vztahu k organizaci se ve výpovědích absolventů objevilo také zvýšení **loajality**.

Pomocí výzkumu jsme identifikovali také zkvalitnění **etického přístupu** a **profesionálního chování**, které se odráží v předešlých prvcích rozvoje i v uplatňování dalších manažerských kompetencí. Těmi jsou například činnosti **personálního řízení**, ve kterých došlo ke značnému posunu, ačkoliv právě v této oblasti měli dotazovaní zdravotníci pocit nedostatečného rozsahu výuky. Absolventi nyní popisují vyšší schopnost **empatie** a více si uvědomují potřebu **psychické podpory zaměstnanců**. Vlivem studia si vytvořili jakýsi „ideál“ interpersonálního chování a jednání. Jako nástroj řešení mnoha konfliktních situací a problémů chápou **efektivní komunikaci** a sami se jí snaží při vedení lidí uplatňovat ve smyslu přijímání cizích názorů, vysvětlování, proč něco nejde, jasnější formulace apod. Změna komunikace spočívá také v lepším chápání **týmové spolupráce**, kde nyní absolventi více uplatňují delegování úkolů, Respondenti dále došli k pochopení potřeby **společného cíle** nejen s podřízenými, ale také v rámci všech úrovní řízení. Změny doznalo u některých dotazovaných jedinců také organizování a vedení pracovních schůzek a porad. Respondenti si nyní vlivem studia navíc uvědomují důležitost **postupných kroků při zavádění změn** a potřebu přípravy těchto kroků **analýzou problému a kritickým zhodnocením**, které vedou k efektivnějšímu **rozhodování**. Tyto postupy podle jejich sdělení následně také uplatňují při výkonu své profese.

Dalším, zvláště pro nelékařské vedoucí pracovníky důležitým posunem je, že si lépe uvědomují význam **kontroly a zlepšování kvality péče**. Ve smyslu tohoto uvědomění také aktivně působí v praxi. Výzkum odhalil, že někteří z dotazovaných absolventů se po ukončení studia stali manažery kvality, vytvářejí standardy, působí nad rámec svých pracovních povinností v profesní organizaci, či školí v oblasti kvality poskytované péče další zdravotníky.

Jediným zjištěným dopadem, který by někdo mohl chápat negativně, je **zvýšení nespokojenosti** absolventů **s děním v praxi** a pochopení obtížnosti nápravy nedostatků v organizačních a řídicích procesech zdravotnických institucí i obecně oboru zdravotnictví. Na druhou stranu toto poznání a další změny postojů a hodnot respondentů, uvedené v předchozím shrnutí, vedly k celkovému zvýšení jejich **zodpovědnosti**, a tím i ke **zvýšení jejich aktivity** v profesním působení. Pozitivní rozvoj, který jsme u respondentů identifikovali, můžeme nakonec shrnout do jednoho významného poznání. Přestože výpovědi respondentů naznačovaly, že v některých programech nebyla v dostatečném rozsahu realizována výuka leadershipu, je zřejmé, že studium způsobilo pozitivní změny

hodnot, postojů, schopností, dovedností a chování, které styl vedení lidí formou leadershipu určují.

Nevyrovnaný počet shromážděných respondentů z jednotlivých programů neumožňuje posoudit, který ze zkoumaných programů měl na osobnostní rozvoj a jednání v praxi absolventů nejvýznamnější vliv. Lze pouze konstatovat, že pozitivní změny se projeví u všech dotazovaných, ačkoliv jejich výpovědi svědčily o převládající teoretické výuce, nedostatečné odbornosti lektorů v oblasti zdravotnictví, nedostatečné aplikaci vyučovaných témat na reálné problémy praxe apod. v některých programech. Jmenované nedostatky se ovšem následně ukázaly jako handicap při konfrontaci s požadavky amerického standardu CAHME.

Jmenovaný standard vyžaduje, aby programy managementu zdravotnictví poskytovaly znalosti systémů zdravotní péče, a aby rozvíjely významné manažerské kompetence z oblasti řízení, vedení, komunikace, mezilidské efektivitu, kritického myšlení, analýzy a řešení problémů a v neposlední řadě také profesionalitu a etiku. Toho má být dosaženo naplňováním principů vzdělávání dospělých, zkušenostním, zážitkovým a akčním učením. Konfrontace poznatků ohledně obsahu a formy výuky vybraných programů s těmito požadavky odhalila, že všem nárokům vyhověly dva vysokoškolské programy a program MBA. Přestože jsem neměla v úmyslu pojmout toto výzkumné šetření jako kvalitativní soutěž, srovnání programů se zdařilým americkým modelem hodnocení mne vede k vymezení pořadí shody programů s požadavky standardu. Výzkumem jsme zjistili, že nejbohatším množstvím prvků, odpovídajících nárokům standardu, disponoval dle sdělení respondentů magisterský program FHS. Jeho obsah a formy výuky podle výzkumu odpovídají moderním trendům vzdělávání manažerů (zkušenostní, zážitkové a akční učení), obecným potřebám oboru zdravotnictví i specifickým potřebám nelékařských zdravotníků (manažerské kompetence, propojení sociální a zdravotní sféry, výzkum, cizí jazyk, supervize). Plně odpovídajícím byl také program AHCM, ikdyž oproti programu FHS postrádal pro zdravotníky přínosná témata (výzkum, sociální problematika, supervize). Program UPOL požadavky na obsah a formy výuky amerického standardu naplnil, nelze jej však s ohledem na naše výzkumná zjištění hodnotit jako excelentní, zejména kvůli nízkému výskytu zkušenostního, zážitkového i akčního učení, a tím převládající teoretické formě výuky. Program BIVŠ v naplňování požadavků na moderní výukové formy rovněž zaostával. Výzkum také odhalil jeho neshodu

s americkým standardem v požadavku na terénní aplikaci, navíc absolventi vyjadřovali nespokojenost se zdravotnickou odborností lektorů.

Nápadné nedostatky vůči nárokům standardu CAHME (2013) vykazoval vzdělávací kurz IPVZ, zejména kvůli chudým variantám výukových metod a téměř absenci praktických řešení problémů, přesto i tento program několika z nich vyhověl. S ohledem na typ vzdělávacího média je tato skutečnost pochopitelná. Nabízí se otázka, zda je pro zdravotnické manažery tento typ vzdělávání smysluplný a dostačující. V úvahu je ovšem nutné vzít skutečnost, že ne každý stávající nebo potenciální manažer má motivaci, potenciál nebo sociální či profesní možnosti absolvovat dlouhodobé vysokoškolské vzdělání v managementu zdravotnictví, případně financovat nákladné studium MBA a jiných zpoplatněných programů. Z plné obsazenosti kurzu je zřejmé, že o vzdělávání tohoto typu je mezi zdravotníky zájem, který může být vyvolán právě nízkou časovou náročností a nulovou finanční investicí vzdělávaného. Otázku přínosnosti kurzu nám zodpověděly pozitivní rozvojové a kompetenční posuny absolventek tohoto programu.

## Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zmapování možností manažerského vzdělávání nelékařských zdravotníků v České republice, kritické porovnání obsahu a forem výuky vybraných studijních programů a zjištění dopadu studia na osobnostní rozvoj a jednání v profesní praxi absolventů zkoumaných programů. Při zkoumání vývoje manažerského vzdělávání nelékařských zdravotníků jsme odhalili skutečnost, že vzorem pro vytvoření prvních českých vysokoškolských programů byly úspěšné programy amerických univerzit (viz kap. 2.2). Dalším naším zájmem tedy bylo, zda jsou formy výuky a obsah českých zkoumaných programů srovnatelné s americkými požadavky.

Zkoumání vývoje vzdělávacích programů managementů zdravotnictví odhalilo okolnosti, které vedly ke vzniku i zániku množství programů od porevolučního období až do současnosti, kdy zůstaly ve formálním vzdělávání pro nelékařské zdravotníky, a zejména sestry, adekvátní pouze dva magisterské navazující programy. Další možností je pak specializační vzdělávání a kurzy pořádané NCO NZO a IPVZ, nebo rozrůstající se nabídka MBA programů. Ty jsou však finančně nákladné a vhodné spíše pro pracovníky top managementu, kterých je v řadách nelékařských zdravotníků poměrně malý počet.

Kvalitativní výzkumné šetření přineslo zjištění, že zkoumané programy obsahově vesměs vyhovovaly přípravě profesionálních vedoucích pracovníků z řad nelékařských zdravotníků pro střední i vrcholový stupeň řízení. Formování profesionálních kompetencí však spočívá i ve způsobu, jakým jsou manažerská témata vyučována. Výzkum odhalil, že v některých programech nebyly při výuce dostatečně naplňovány moderní a osvědčené trendy vzdělávání manažerů formou zkušenostního a nejlépe akčního učení, které je v zahraničním vzdělávání manažerů již běžnou praxí. Jako klíčový element manažerského vzdělávání ve zkoumaných programech se projevila také zdravotnická a pedagogická erudovanost vyučujícího, která podle dotazovaných nebyla vždy na žádoucí úrovni, a tím v některých programech tvořila bariéru efektivity vzdělávacího procesu. Přes tyto nedostatky mělo manažerské vzdělání pro absolventy všech programů podle jejich sdělení pozitivní dopad na jejich osobnostní rozvoj a jednání v profesní praxi v podobě nových postojů, hodnot a změn chování, které přispívají kupříkladu ke zlepšení profesních vztahů a komunikace, ke zlepšení kvality poskytované péče, k lepší organizaci práce apod.

Porovnání programů s požadavky amerického standardu přineslo zjištění, že plnohodnotnou konkurencí amerických formálních programů managementu zdravotnictví

byl kromě MBA pouze jeden ze zkoumaných programů terciárního stupně vzdělávání. Ke zkoumaným programům nutno také dodat, že realizace bakalářského program BIVŠ byla před třemi lety z rozhodnutí vedení školy ukončena a magisterskému programu UPOL byla v průběhu našeho kvalitativního zkoumání prodloužena akreditace pouze do října 2016 na dostudování stávajících studentů z důvodu nedostatečného personálního zajištění.

Závěrem bych chtěla uvést, že mým úmyslem nebylo vznášet přísnou kritiku na realizaci jednotlivých programů, ale zviditelnit „co“ a „jak“ je zdravotnickým manažerům v průběhu studia předáváno, a tím také poukázat, pomocí nedostatků a pozitiv zkoumaných programů, na vhodné principy a formy manažerského vzdělávání nelékařských zdravotníků a zejména sester, které zastávají nejvíce vedoucích pozic ve zdravotnických institucích.

## Seznam použitých zdrojů

### Publikace, periodika

Aaronson, William E., 1997. Developing Health Management Education in Central and Eastern Europe. *The Journal of Health Administration Education* 15 (3): 165–171.

Adamczyk, Roman, 2010. Vzdělávání sester v 21. století. *Sestra* 2010 (6): 16–17.

Armstrong, Michael, 2008. *Management a leadership*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2177-4.

Bartoňková, Hana, 2013. *Analýza vzdělávacích potřeb: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3568-8.

Beneš, Milan, 2014. *Andragogika. 2.*, aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4748-245.

Bělohávek, František, Pavol Košťan a Oldřich Šuleř, 2006. *Management*. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0396-X.

Cejthamr, Václav, Jiří Dědina, 2010. *Management a organizační chování. 2.*, aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3348-7.

Čábalová, Dagmar, 2011. *Pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4729-930.

Disman, Miroslav, 2008. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele. 3.* vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

Drlíková, Marie, 2007. *Zdravotnický management: doplňkové texty pro posluchače kombinované formy studia studijního programu „B5345 – Specializace ve zdravotnictví“*. Jihočeská Univerzita. České Budějovice.

Dytrt, Zdeněk, 2006. *Etika v podnikatelském prostředí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1589-9.

Folwarczná, Ivana, 2010. *Rozvoj a vzdělávání manažerů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3067-7.

Forsyth, Patrick, 2013. *Successful time management*. 3rd ed. London: CPI Groupe. ISBN 978-0-7494-6722-7.

Freibergová, Zuzana, 2000. *Hodnocení kvality studijních programů. 2.*, upr. vyd. Praha: Centrum pro studium vysokého školství. ISBN 80-863-0220-2.

Gillnerová, Ilona, Vladimír Kebza, Milan Rymeš. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4727-981.

Gladkij, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. ISBN 80-722-6996-8.



Goldsmith, Seth B, 2011. *Principles of health care management: foundations for a changing health care system*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 07-637-6865-0.

Grohar-Murray, Marry E., Helen R., DiCroce, 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0267-3.

Havrdová, Zuzana, Martin, Hajný a kol., 2008. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-532-1

Harris, Mary G., 2006. *Managing health services: concepts and practice*. 2nd ed. Marrickville: Elsevier Australia. ISBN 978-072-9537-599.

Hekelová, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4740-324.

Hejduková, Pavlína, 2011. Zdravotnická zařízení v kontextu reformních změn v ČR. *Trendy v podnikání*. (2): 115–123. ISSN: 1805-0603. Dostupné také z: [http://www.fek.zcu.cz/tvp/doc/akt/116\\_TVP\\_2011-2\\_Hejdukova.pdf](http://www.fek.zcu.cz/tvp/doc/akt/116_TVP_2011-2_Hejdukova.pdf)

Hendl, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

Holá, Lenka, 2011. *Mediace v teorii a praxi: o vzdělávání dospělých v České republice*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3134-6.

Horváthová, Petra, 2008. *Týmy a týmová spolupráce*. Praha: ASPI. ISBN 978-80-7357-390-4.

Hospodářová, Ivana, 2008. *Kreativní management v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1737-1.

Hroboň, Pavel, 2010. Investujme do lidí, za přístroje už jsme utratili dost. *Zdravotnictví a medicína* 2010 (44): 21-23. ISSN 2336-2987

Hroník, František, 2007. *Jak se nespálit podruhé: strategie a praxe výběrového řízení*. Brno: MotivPress. ISBN 978-80-254-0698-4.

Janíček, Přemysl, Jiří, Marek a kol., 2013. *Expertní inženýrství v systémovém pojetí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4127-7.

Jarošová, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-507.

Jíra, Otakar, 2004. *Základy lektorské práce*. Praha: Institut dětí a mládeže MŠMT. ISBN 80-86784-07-X.

Joint Commission International, 2009. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vyd. 1. české vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-802-4724-362.

- Kociánová, Renata, 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2497-3.
- Kociánová, Renata, 2012. *Personální řízení: východiska a vývoj*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3269-5.
- Kolář, Zdeněk, 2012. *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3710-2.
- Kubeš, Marián, Lubica, Šebestová, 2008. *360stupňová zpětná vazba jako nástroj rozvoje lidí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2314-3.
- Kutnohorská, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4727-134.
- Kutnohorská, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2069-2.
- Kuzníková, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3675-1.
- Lojda, Jan, 2011. *Manažerské dovednosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3902-1.
- Malina, Antonín, 2013. *Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-29-7.
- Markar, Hameen, Geraldine, O'Sullivan, 2012. *Medical management: a practical guide*. London: Hodder Arnold. ISBN 978-144-4145-403.
- Mezinárodní klasifikace vzdělání (ISCED 97)*, 2008. Praha: Český statistický úřad. ISBN 978-80-250-1723-4.
- Miovský, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- Mužík, Jaroslav, 2004. *Androdidaktika*. 2., přeprac. vyd. Praha: ASPI Publishing. ISBN 80-735-7045-9.
- Mužík, Jaroslav, 2005. *Didaktika profesního vzdělávání dospělých*. Plzeň: Fraus. ISBN 80-723-8220-9.
- Owen, Jo, 2011. *How to lead*. 3rd ed. New York: Prentice Hall. ISBN 978-027-3759-614.
- Plamínek, Jiří, 2010. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3447-7.
- Plamínek, Jiří, 2013. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: Praktický atlas sebezvládnání*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4751-4.
- Plamínek, Jiří, 2014. *Vzdělávání dospělých: průvodce pro lektory, účastníky a zadavatele*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4806-1.

- Pletzer, Marc A., 2009. *Emoční inteligence: Jak ji rozvíjet a využívat*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3057-8.
- Plevová, Ilona, Regina Slowik, 2008. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-807-3685-065.
- Plevová, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4735-573.
- Plevová, Ilona, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4738-710.
- Prokopenko, Joseph, Milan, Kubr a kol., 1996. *Vzdělávání a rozvoj manažerů*. Praha: Grada. ISBN 80-716-9250-6.
- Průcha, Jan, Jaroslav Veteška, 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4739-601.
- Prymula, Roman, 2000. *Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR: Vytvoření sítě vzdělávacích center zdravotnického managementu*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie JEP
- Ptáček, Radek, Petr Bartůněk, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4739-762.
- Rabušicová, Milada, Ladislav Rabušic (Eds.), 2008. *Učíme se po celý život? O vzdělávání dospělých v České republice*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4779-2.
- Raudenská, Jaroslava, Alena Javůrková, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4722-238.
- Rohlíková, Lucie, Jana Vejvodová, 2012. *Vyučovací metody na vysoké škole: praktický průvodce výukou v prezenční i distanční formě studia*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4152-9.
- Severová, Lucie, 2011. *Studium MBA jako předpoklad lepšího uplatnění na trhu práce*. Media4you Magazine 8 (2): 18–21. ISSN 1214-9187
- Souček, Zdeněk, Jan Burian, 2006. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing. ISBN 80-869-4618-5.
- Strauss, Anselm, Juliet Corbinová, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. ISBN 80-858-3460-X.
- Šebková, Helena, Jiří, Šmrčka, 2008. *Zajišťování kvality vysokého školství v České republice*. In Alena Chvátalová, Jan Kohoutek, Helena Šebková (eds.). 2008. *Zajišťování kvality v českém vysokém školství*. Plzeň: Aleš Čeněk, s. 28-65. ISBN 978-80-7380-154-0.
- Škrla, Petr, Magda, Škrlová, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.

Štěpaník, Jaroslav, 2010. *Nejčastější chyby a omyly manažerské praxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2494-2.

Šuleř, Oldřich, 2008. *5 rolí manažera a jak je profesionálně zvládnout*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2316-4.

Švaříček, Roman, Klára Šed'ová a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Váchal, Jan, Marek Vochozka a kol., 2013. *Podnikové řízení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4642-5.

Veteška, Jaroslav, 2010. *Kompetence ve vzdělávání dospělých*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-808-6723-983.

## **Dokumenty**

AHCM, 2009a. *Školní řád*.

AHCM, 2009b. *Zkušební řád*.

AHCM, 2012. *Informační brožura programu*.

BIVŠ, 2011. *Žádost o akreditaci, rozšíření akreditace, prodloužení doby platnosti akreditace stud. programu Ekonomika a management sociálních a zdravotních služeb*.

IPVZ, 2012. *Management a ekonomika ve zdravotnictví*.

UK FHS, 2005. *Žádost o akreditaci, rozšíření akreditace, prodloužení doby platnosti akreditace stud. programu Řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních organizacích*.

UPOL FZV, 2008. *Žádost o akreditaci, rozšíření akreditace, prodloužení doby platnosti akreditace stud. programu Ekonomika a řízení zdravotnictví, obor Management ve zdravotnictví*.

## **Elektronické zdroje**

Akreditační komise. 2003. *Standardy Akreditační komise pro posuzování žádostí o akreditaci, rozšíření akreditace a prodloužení doby platnosti akreditace studijních programů a jejich obor* [online]. Praha: Akreditační komise [cit. 2014-11-25]. Dostupné z: [http://www.akreditacnikomise.cz/attachments/article/83/CZ\\_Standardy\\_pro\\_sp\\_10\\_2014.pdf](http://www.akreditacnikomise.cz/attachments/article/83/CZ_Standardy_pro_sp_10_2014.pdf)

Akreditační komise. 2013. *Standardy akreditační komise pro studijní programy z oblasti aplikovaného managementu* [online]. Praha: Akreditační komise [cit. 2014-11-25]. Dostupné z: <http://www.akreditacnikomise.cz/attachments/article/459/Management.pdf>

CAHME, 2013. *Criteria for Accreditation* [online]. Rockville [cit. 2014-11-20].

Dostupné z: [http://cahme.org/Resources/Fall2013\\_CriteriaForAccreditation.pdf](http://cahme.org/Resources/Fall2013_CriteriaForAccreditation.pdf)  
Central European Management Institute, 2014. *Moderní MBA a LLM studium* [online]. CEMI [cit. 2014-08-15]. Dostupné z: <http://www.cemi.cz/cdn/27/274/363/PDF-Brozura-o-MBA-a-LLM-studiu-na-CEMI.pdf>

Evropská unie, 2009. *Vzdělávání a odborná příprava: obecný rámec* [online]. Evropská unie [cit. 2014-08-15]. Dostupné z: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/education\\_training\\_youth/general\\_framework/ef0016\\_cs.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/general_framework/ef0016_cs.htm)

European Business School, 2014. *MBA Management ve zdravotnictví* [online]. European Business School [cit. 2014-08-10]. Dostupné z: <http://ebschool.cz/program/mba-management-ve-zdravotnictvi/>

Evropský sociální fond v ČR, 2010. *Realizované projekty: Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví se zaměřením na odborně profesní vzdělávání a na vzdělávání v manažerských dovednostech* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/projekty/prohlubovani-a-zvysovani-urovne-odbornych-znalosti>

Fakulta managementu VŠE, 2012. *Institut zdravotnických věd* [online]. 23. 8. 2012, Praha: VŠE [cit. 2014-05-22]. Dostupné z: <http://www.fm.vse.cz/km/institut-zdravotnickych-sluzeb/o-institutu/>

HMC, 2013. *MINI MBA pro zdravotní sestry* [online]. Health Management Consulting s.r.o. [cit. 2014-05-22]. Dostupné z: <http://www.hmccr.cz/hmc-managing-people-pro-management-zdrav-zarizeni>

Cholinská, Alena, 2014. „Management zdravotnictví“ [e-mail]. 15. prosince 2014, 12: 49 [cit. 2014-12-16].

IADL, 2014. *About IADL* [online]. International Association for Distance Learning [cit. 2014-08-10]. Dostupné z: <http://www.iadl.org.uk/aboutus.htm>

Jarošová, Darja, 2006. *Organizace studia ošetrovatelství* [online]. Ostrava: OSU [cit. 2014-06-11]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/I-organizace%20studia%20ošetřovatelství.pdf>

Katedra řízení a supervize, 2014. *Základní informace o katedře* [online]. FHS UK [cit. 2014-07-17]. Dostupné z: [http://web.krszs.info/index.php?id\\_strana=33&id\\_menu=1](http://web.krszs.info/index.php?id_strana=33&id_menu=1)

Zpráva: k tématu „Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013“, 2008 [online]. Evropský parlament [cit. 2014-04-24]. Dostupné z: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A6-2008-0350&format=XML&language=CS>

MALÝ, Milan, 2014. Česká asociace MBA škol - CAMBAS. *CAMBAS: Česká asociace MBA škol* [online]. Vize 3, s.r.o [cit. 2014-08-15]. Dostupné z: <http://www.cambas.cz/stranka.asp?id=2>

Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010a. *Úplné znění zřizovací listiny včetně Přílohy č. 1 ke zřizovací listině státní příspěvkové organizace Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2014-05-22]. Dostupné z: [http://www.nconzo.cz/c/document\\_library/get\\_file?uuid=775f2190-f5e6-49cc-9025-876c36eb3f92&groupId=10122](http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=775f2190-f5e6-49cc-9025-876c36eb3f92&groupId=10122)

Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010b. *Ošetrovatelství a nelékařská povolání* [online]. MZ ČR [cit. 2014-07-10]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/osetrovatelstvi-a-nelekaraska-povolani\\_3008\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/osetrovatelstvi-a-nelekaraska-povolani_3008_3.html)

Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007. *Zřizovací listina: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví* [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2014-05-22]. Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/zrizovaci-listina.aspx>

MŠMT, 2014. *Evropská spolupráce ve vzdělávání a odborné přípravě (Education and Training 2020)* [online]. MŠMT [cit. 2014-12-10]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/mezinarodni-vztahy/evropska-spoluprace-ve-vzdelavani-a-odborne-priprave>

NCO NZO, 2014. *Informace pro akreditovaná zařízení* [online]. NCO NZO [cit. 2014-05-23]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/specializacni-vzdelavani>

Ostravská univerzita, 1997. *Výroční zpráva 1997* [online]. Ostravská univerzita [cit. 2014-06-22]. Dostupné z: <http://dokumenty.osu.cz/rektorat/vz/zprava1997.pdf>

Project HOPE, 2014a. *Kurz řízení v českém zdravotnictví* [online]. Project HOPE [cit. 2014-05-22]. Dostupné z: <http://www.projecthope.cz/index.php?page=manazersky-program-v-cr>

Project HOPE, 2014b. *Řízení změn: posílení role manažerů ve zdravotnictví* [online]. Project HOPE [cit. 2014-05-22]. Dostupné z: <http://www.projecthope.cz/index.php?page=manazersky-program-v-cr>

Průša, Jaroslav, 2010. Organizační vůdcovství a řízení změny ve zdravotnictví. *Medical Tribune* [online] 2010 (5) [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/17037-organizacni-vudcovstvi-a-rizeni-zmeny-ve-zdravotnictvi>

QOTFC, 2007. *Adult Learning Theory and Principles* [online] QOTFC [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: <http://www.qotfc.edu.au/resource/?page=65375>

Ústav práva a právní vědy, 2014. *MBA Management ve zdravotnictví* [online]. Ústav práva a právní vědy o. p. s. [cit. 2014-08-10]. Dostupné z: <http://www.ustavprava.cz/cz/sekce/mba-management-ve-zdravotnictvi2-1009/?a=114>

Ústav sociálního lékařství, 2014. *Historie Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky* [online]. Ústav sociálního lékařství [cit. 2014-05-23]. Dostupné z: <http://www.usl.upol.cz/ustav/profil/historie>

Ústav zdravotnických studií, 2014. *Specifika práce sestry manažerky* [online]. Technická univerzita v Liberci [cit. 2014-10-22]. Dostupné z: [http://www.uzs.tul.cz/attachments/666\\_Certifikovan%C3%BD%20kurz%20Mana%C5%B Eerky.pdf](http://www.uzs.tul.cz/attachments/666_Certifikovan%C3%BD%20kurz%20Mana%C5%B Eerky.pdf)

Vinš, Václav, 2004. *Hodnocení akreditační komisi* [online]. Praha [cit. 2014-08-10]. Dostupné z: [http://www.akreditacnikomise.cz/attachments/148\\_hodnoceni\\_kvality\\_vs.pdf](http://www.akreditacnikomise.cz/attachments/148_hodnoceni_kvality_vs.pdf)

Vláda ČR. 2004. *Statut Akreditační komise* [online]. Praha: Vláda ČR. [cit. 2014-09-10]. Dostupné z: [http://www.akreditacnikomise.cz/attachments/234\\_statut\\_ak\\_2004.pdf](http://www.akreditacnikomise.cz/attachments/234_statut_ak_2004.pdf)

### **Použité výzkumy**

Kaloušková, Pavla, 2006. *Potřeby zaměstnavatelů a připravenosti absolventů škol – šetření v terciární sféře* [online]. Praha: NUOV [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: [http://www.nuov.cz/uploads/Vzdelavani\\_a\\_TP/Potreby\\_zamestnavateleu\\_souhrn.pdf](http://www.nuov.cz/uploads/Vzdelavani_a_TP/Potreby_zamestnavateleu_souhrn.pdf)

McKinsey & Company, 2011. Why hospital management matters. *Health International*. [online] 2011 (11) [cit. 2014-12-25]. Dostupné z: [http://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/dotcom/client\\_service/healthcare%20system s%20and%20services/health%20international/hi11\\_80%20mgmtmatters\\_r5.ashx](http://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/dotcom/client_service/healthcare%20system s%20and%20services/health%20international/hi11_80%20mgmtmatters_r5.ashx)

Stowe, Michael et al., 2010. *Required Knowledge, Skills and Abilities from Healthcare Clinical Managers' Perspectives*. *Academy of Health Care Management Journal* 6 (2): 57–74.

Šťastnová, Pavlína a kol., 2008. *Potřeby zaměstnavatelů z pohledu analýzy inzertní nabídky zaměstnání a názorů pracovníků personálních agentur 2007–08* [online]. Praha: NUOV [cit. 2015-04-16] Dostupné z: [http://www.nuov.cz/uploads/Vzdelavani\\_a\\_TP/Analyza\\_inzerce\\_08.pdf](http://www.nuov.cz/uploads/Vzdelavani_a_TP/Analyza_inzerce_08.pdf)

*Zdravotnická ročenka ČR 2012, 2013*. ÚZIS ČR. ISBN: 978-80-7472-083-3. Dostupné také z ÚZIS: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

### **Webové stránky**

[www.advanceinstitute.cz](http://www.advanceinstitute.cz), Advance Healthcare Management Institut [cit. 2014-10-19].

[www.ahcm.cz](http://www.ahcm.cz), Academy of Health Care Management [cit. 2014-07-26].

[www.aiha.com](http://www.aiha.com), American International Health Alliance [cit. 2014-07-15].

[www.asociacemba.cz](http://www.asociacemba.cz), Asociace MBA [cit. 2014-08-15].

[www.businessinstitut.cz](http://www.businessinstitut.cz), Business Institut [cit. 2014-08-10].

[www.cahme.org](http://www.cahme.org), CAHME [cit. 2014-12-01].

[www.cambschool.cz](http://www.cambschool.cz), Cambridge Business School [cit. 2014-08-11].

[www.nconzo.cz](http://www.nconzo.cz), NCO NZO [cit. 2014-10-19].

[www.usaid.gov](http://www.usaid.gov), USAID [cit. 2014-07-16].

[www.vsem.cz](http://www.vsem.cz), Vysoká škola ekonomie a managementu [cit. 2014-08-10].

[vseomba.cz](http://vseomba.cz), Asociace institucí manažerského vzdělávání o. s. [cit. 2014-08-15].

### **Zákony, normy, metodiky**

Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

Nařízení vlády č. 350/90 Sb., o akreditační komisi.

Vyhláška MZ ČSR č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví.

Vyhláška MZ ČR č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

Vyhláška MZ ČR č. 4/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb.

Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách).

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 povoláních).



## **Seznam použitých zkratek**

ACBSP – Accreditation Council for Business Schools and Programs

AHCM – Academy of Health Care Management

AIHA – American International Health Alliance

AIMV – Asociace institucí manažerského vzdělávání

AK – Akreditační komise

MIVŠ – Bankovní Institut Vysoká Škola

CAHME – Commission of Accreditation Healthcare Management Education

CAMBAS – Česká asociace MBA škol

CBA – Competency-based approach

CBS – Cambridge Business School

CEMI – Central European Management Institute

CŽV – Celoživotní vzdělávání

ČR – Česká republika

ECBE – European Council for Business Education

ENQUA – European Association for Quality Assurance in Higher Education

ESG – European Standards and Guidelines

ESIB – European Student Information Bureau

ET – Education and Training

EU – Evropská unie

EUA – European University Association

EURASHE – European Association of Institutions in Higher Education

FHS UK – Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy

FNKV – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

HMC – Centre of Excellence in Healthcare management

HOPE – Health Opportunities for People Everywhere

IADL – International Association for Distance Learning

ICE – In Company Education

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

IPVZ – Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

MBA – Master of Business Administration

MHA – Master of Healthcare Administration

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NCO NZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NLZP – Nelékařský zdravotnický pracovník

OPLZZ – Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost

OSU – Ostravská Univerzita

QOTFC – Queensland: Occupational Therapy Practice Education Collaborative

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

UHK – Univerzita Hradec Králové

UPOL – Univerzita Palackého v Olomouci

USA – United States of America

USAID – U. S. Agency for International Development

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VŠE – Vysoká škola ekonomická

VŠEM – Vysoká škola ekonomie a managementu

## **Seznam tabulek a obrázků**

Tabulka 1: Odhad celkového počtu vrcholového a středního managementu ve zdravotnictví na území České republiky

Tabulka 2: Časový poměr aktivit manažerů jednotlivých úrovní řízení

Obrázek 1: Faktory určující participaci na vzdělávání dospělých

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Projekt diplomové práce

Příloha č. 2: Chronologický přehled programů managementu ve zdravotnictví

Příloha č. 3: Specifikace zkoumaných vzdělávacích programů