

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Program řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. David Beneš

**Krizové řízení během pandemie onemocnění covid-19 se zaměřením na
multidisciplinární spolupráci**

Diplomová práce

Praha 2023

Univerzita Karlova

Fakulta humanitních studií

Program řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. David Beneš

Krizové řízení během pandemie onemocnění covid-19 se zaměřením na
multidisciplinární spolupráci

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Povolná Ph.D.

Praha 2023

PROHÁŠENÍ

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

V Praze dne 25. května 2023

Bc. David Beneš

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji zejména svojí vedoucí diplomové práce paní Mgr. Pavle Povolné Ph.D. za kvalitní vedení, cenné rady a trpělivost, kterou musela vynaložit během nelehkého, krizového stavu, během kterého byla tato práce zpracovávána. Dále děkuji všem participantům na mém výzkumu. V poslední řadě děkuji své rodině a přítelkyni za podporu při psaní této závěrečné práce.

V Praze Dne 25. května 2023

Bc. David Beneš

OBSAH

ABSTRAKT	14
I. ÚVOD	9
II. Teoretická část	12
1 Vymezení pojmů.....	13
1.1 Krizové řízení v souvislosti s činnostmi poskytovatele zdravotních služeb	13
1.1.1 Krizová komunikace	16
1.1.2 Krizový stav a krizová situace:	18
1.1.3 Krizové stavy ovlivňující zařízení poskytovatele zdravotních a sociálních služeb.....	20
1.1.4 Shrnutí kapitoly krizového řízení.....	23
1.2 Proces změny	23
1.2.1 Model procesu změny dle Lewina	24
1.2.2 Model procesu změny dle Kottera	26
1.2.3 Shrnutí kapitoly procesu změny	27
1.3 Sociálně zdravotní sféra.....	27
1.3.1 Multidisciplinární tým ve zdravotnickém zařízení.....	29
1.3.2 Pracovně sociální skupina ve zdravotnictví	31
1.3.3 Pracovní pozice a role	32
1.3.4 Profese v MTD týmu ve spojení se zdravotnickým zařízením.....	34
1.4 Paliativní péče.....	39
2 Případová studie.....	41
III. Empirická část	45
3 METODOLOGIE VÝZKUMU	46
3.1 Výzkumné šetření	46
3.2 Proces sběru dat a kódování polo-strukturovaných rozhovorů	47
3.3 Zkoumaný vzorek multidisciplinárního týmu	49
3.4 Realizace sběru dat	50
3.5 Výzkumná etika	51
3.6 Operacionalizace.....	52
4 INTERPRETACE A ANALÝZA DAT.....	56

4.1 Adaptace na krizová opatření v prvních vlnách pandemie covid-19	56
4.1.1 Schopnost adaptace zaměstnance na změnu v krizi u zdravotnických pracovníků V MDT	56
4.1.2. Schopnost adaptace zaměstnance na změnu v krizi u zdravotně-sociálních a nezdravotnických pracovníků v MDT.....	57
4.1.3 Shrnutí VVO1	58
4.2 Očekávání členů od náplně práce v MDT ve zdravotnickém zařízení v době pandemie a mimo ní, směrem k pacientovi.....	58
4.2.1 Schopnost komunikace na všech úrovních a předávání informací.....	59
4.2.2 Profesionalita	60
4.2.3 Empatie	60
4.2.4 Lidský přístup k pacientovi a angažovanost.....	61
4.2.5 Zodpovědnost.....	61
4.2.6 Práce s dokumentací.....	62
4.2.7 Shrnutí VVO2a	62
4.3 Očekávání členů od náplně práce v MDT ve zdravotnickém zařízení v době pandemie a mimo ní, směrem ke svým spolupracovníkům.....	63
4.3.1 Efektivita.....	63
4.3.2 Informovanost o procesech v týmu	64
4.3.3 Rychlost práce a přesunů	64
4.3.4 Vyváženost a týmovost	65
4.3.5 Shrnutí VVO2b	65
4.4 Jak bylo subjektivně vnímáno vykonávání práce člena multidisciplinárního týmu v “době covidové“ v porovnání s dobou mimo pandemii?.....	66
4.4.1 První chvíle po vyhlášení nouzového stavu	66
4.4.2 Srovnání práce jedince v MDT v krizové, pandemické době a mimo ni	67
4.4.3 Další působení v týmu, při obdobné situaci	69
4.4.5 Shrnutí VVO3	70
4.5 Co Vás osobně motivovalo k výkonu práce a setrvání v MDT v krizových momentech pandemie nebo naopak demotivovalo?	71
4.5.1 Vztahy se spolupracovníky	71
4.5.2 Možnost vyjádřit své názory přímému nadřízenému	72
4.5.3 Finanční odměna, stálý příjem	72

4.5.4. Hmotné dary.....	73
4.5.5 Časté meetingy týmu.....	74
4.5.6 Shrnutí VVO4	74
4.6 Zodpovězení hlavní výzkumné otázky a naplnění hlavního cíle	75
IV. ZÁVĚR PRÁCE.....	79
5 Diskuse	79
6 Závěr.....	83
7 Sebereflexe výzkumníka.....	84
POUŽITÉ ZDROJE.....	86
Knižní zdroje	86
Internetové zdroje (URL).....	89
Publikace a vědecké články	90
Normy a legislativní dokumenty.....	91
Zákony a vyhlášky	91
Novinové články.....	91
Citáty	92
SEZNAMY	93
Seznam obrázků.....	93
Seznam tabulek	93
Seznam zkratk	93
SEZNAM PŘÍLOH	94
Příloha A: Scénář pro polo-strukturovaný rozhovor.....	95
Příloha B: Tabulka operacionalizace	97
Příloha C: Povolení s výzkumem od organizace.....	99
Příloha D: Informovaný souhlas	100

ABSTRAKT

Název práce: Krizové řízení během pandemie covid-19 se zaměřením na multidisciplinární spolupráci.

Cílem této práce bude skrze případovou studii popsat nejzávažnější problémy při implementaci změny v krizovém řízení během pandemie covid-19, se zaměřením na multidisciplinární tým u velké, fakultní organizace, poskytující zdravotnickou péči. V návaznosti na tuto (deskriptivní) část cíle je mou další ambicí formulovat faktory, které by v dalším období (vlně) usnadnily realizaci podobných krizových opatření ve vztahu k zaměstnanci v multidisciplinárním týmu. Jako zkoumaný vzorek pro moji empirickou část práce, byli vybráni členi multidisciplinárního týmu fakultního, zdravotnického zařízení České republiky. Problémem k řešení, na který jsem se zaměřil, je reakce jedinců v multidisciplinárním týmu na změnu, resp. způsoby a případná úskalí vyrovnávání se s krizovou situací, náhle vzniklým epidemiologickým problémem. V této práci budu dále vycházet ze svých vlastních zkušeností, zkušeností zaměstnance ve zkoumané organizaci. Pro účely stanovení sledovaných oblastí změn využiji svých „terénních“ poznámek z období svého aktivního působení jako člena COVID týmu a analýzy dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů s informanty multidisciplinárního týmu. Cílem práce je přispět k rozvoji již fungující organizace, ve smyslu péče o své zaměstnance v krizových obdobích a tím zvýšit komplexnost péče o pacienta. Výstupem práce je doporučení pro praxi v organizaci.

Klíčová slova: Krizové řízení, Krize, Multidisciplinární tým, Proces změny, Covid-19.

ABSTRACT

Thesis title: Crisis management during the covid-19 pandemic with a focus on multidisciplinary cooperation.

The main goal this thesis will be to describe, through a case study, the most serious problems in the implementation of a change in crisis management during the covid-19 pandemic, with a focus on a multidisciplinary team at a large, faculty organization providing health care. Following this (descriptive) part of the goal, my next ambition is to formulate factors that would facilitate the implementation of similar crisis measures in relation to employees in a multidisciplinary team in the next period (wave). The members of the multidisciplinary team of the faculty, medical facility of the Czech Republic were selected as the examined sample for my empirical part of the work. The problem to be solved, which I focused on, is the reaction of individuals in a multidisciplinary team to change, or methods and potential pitfalls of coping with a crisis situation, a suddenly arising epidemiological problem. In this work, I will continue to draw on my own experience, the experience of an employee in the researched organization. For the purpose of determining the monitored areas of change, I will use my "field" notes from the period of my active work as a member of the COVID team and the analysis of data obtained from semi-structured interviews with informants of the multidisciplinary team. The goal of the work is to contribute to the development of an already functioning organization, in the sense of caring for its employees in times of crisis and thereby increasing the complexity of patient care. The output of the work is a recommendation for practice in the organization.

Key words: Crisis management, Crisis, Multidisciplinary team, Process of change, Covid-19.

I. ÚVOD

Již od počátku našich věků, kam až sahá lidská historie, se naši předkové museli vypořádávat s neustálým přílivem různých hrozeb a nebezpečí. V dávných dobách to byly hrozby, které se nám v dnešní, moderní době, mohou zdát banální a kdekdo by je již za hrozbu nepovažoval. Jsou to například změny počasí, útok predátorů nebo nedostatek potravy. Pro naše prapředky ovšem byly tyto hrozby takzvaným “denním chlebem“, se kterými se museli umět vypořádávat. I v tehdejší době byli vybíráni členové daných tlup nebo skupin, kteří měli za úkol těmto hrozbám předcházet, uměli je předvídat, nebo nastalým hrozbám uměli čelit. Postupně se z těchto lidí stávali experti, kteří byli svými skupinami uctíváni a mnozí k nim chodili pro rady a učili se od nich. Je zjevné, že schopnosti rozpoznání signálů pro nastolení krizového řízení kolují v našich žilách již od pradávna a není to odvětví, které by se mělo v současnosti opomíjet. Ekvivalentem tradičních skupin lidí je v nynější době multidisciplinární tým v organizaci, čili tým profesionálů, který řeší společné cíle.

V této diplomové práci se zabývám vztahem krizového řízení a onemocněním covid-19 v multidisciplinárním týmu. Onemocnění, které vypuklo na přelomu roku 2019 a 2020 a postupně začalo sužovat celý svět. Toto onemocnění nejen že ohrožuje lidi na životech, ale dokázalo zčásti vyřadit i denní infrastruktury států, kontinentů, světa. Je to nejvíce diskutované onemocnění na světě a to obzvláště v médiích. Cílem této práce je: **identifikace klíčových faktorů při implementaci změny z pohledu pracovníka MDT a jeho následné udržení v týmu, během pandemické krize, onemocnění covid-19.** Dílčím cílem je popsat proces změny, na který se museli lidé v multidisciplinárním týmu adaptovat ve velmi krátké periodě času, která následovala po oficiálním vyhlášení nouzového pandemického stavu v souvislosti s rizikem šíření onemocnění covid-19, které nastalo dne 12. března 2020, od 14. hodny, v souladu s čl. 5 a 6 ústavního zákona č. 110/1998. Sb., o bezpečnosti České republiky (zákon č. 110/1998. Sb.). Napříč teoretickou částí práce se budu zabývat krizovým řízením, procesem změny a různými aspekty multidisciplinárního týmu, které jsou pro moji diplomovou práci stěžejní, a to včetně tématu paliativní péče, které je v kontextu péče realizované prostřednictvím multidisciplinárního týmu zásadní. K přemostění teoretické a empirické části poslouží krátká případová studie, která popíše první chvíle covidu-19 na našem území z perspektivy zaměstnance předních linií, tím bude uvedena problematika empirické části.

Toto téma jsem si vybral, protože je mi osobně blízké. Jsem dlouholetý pracovník na jednotce dětské ARO. Prošel jsem si všemi vlnami covidové pandemie. Od prvních chvil jsem sledoval dění jak ve světě, tak v České republice. Pracoval jsem na dětském i dospělém COVID ARO v dobách, kdy přestala fungovat celá země a zdravotníkům se tleskalo ve stoje, cituji sociologa Buchtíka: [...] „Když epidemie koronaviru v Česku začínala, tak nálada ve společnosti byla jiná. Tleskalo se tady lékařům, všichni jim děkovali, byla tady cítit všeobecná podpora zdravotního systému.“, až po chvíli, kdy jsme my, zdravotníci, byli označováni za přeceňované [...] „Nyní máme případy, kdy zdravotníci po noční službě zjišťují, že jim někdo propíchal pneumatiky u aut“ (URL 20, Buchtík, 2021, s. 1). Na obou těchto odděleních jsem byl členem multidisciplinárního týmu. Zapisoval jsem si terénní deník, kde jsem si uchovával své vzpomínky na danou dobu. Jako asi každý, který si prošel touto dobou, mohu s čistým svědomím říci, že byly chvíle, které bych neměnil, na které jsme jako stát, organizace, tým byli připraveni, ale zároveň byly chvíle, které nebyly zvládnuté vůbec a právě, aby se podobné chvíle neopakovaly, jsem se rozhodl sepsat tuto diplomovou práci a tím pomoci naší i jiným organizacím, aby k daným nedostatkům v budoucnosti již nedošlo a abychom na další pandemii, která zcela jistě někdy v budoucí době opět přijde, byli připraveni o poznání lépe.

Empirická část práce se věnuje multidisciplinárnímu týmu v anonymizované organizaci. V této sekci budu cestou polo-strukturovaných rozhovorů (kvalitativně) zjišťovat, jak členové multidisciplinárního subjektivně vnímali přechod z normální doby do doby krizového pandemického dění, a to při výkonu své profese v multidisciplinárním týmu. Jak se adaptovali na proces změny v organizaci a jaká profesní pozitiva nebo negativa shledávají v této době. Šetření proběhne retrospektivně a to v období roků 2020-2021. Zaměstnancům budou kladeny otázky z mého předem připraveného polo-strukturovaného rozhovoru, který povedu osobně za použití metody “face-to-face“, metody osobního dotazování, kde je rozhovor tazatele s respondentem vedený na základě předem připraveného polo-strukturovaného dotazníku (URL 19). Dotazovaný vzorek respondentů nebo tedy v případě rozhovorů, informantů, bude odpovídat velikosti multidisciplinárního týmu v průměrném zdravotnickém zařízení České republiky. Dotazované profese tedy budou: Lékař, psycholog, zdravotnický záchranář, staniční sestra, praktická sestra, sociální pracovník, kněz. Po získání dat od informantů, využiji metodu procesu kódování polo-strukturovaných rozhovorů. Odpovědi vyhodnotím a sumarizuji v empirické části do případové studie z dané doby a dané organizace. Jako výstup práce bude doporučení pro

organizaci, jak se chovat k multidisciplinárnímu týmu v následujících krizových pandemických vlnách nebo krizových pandemických obdobích.

II. Teoretická část

1 Vymezení pojmů

V teoretické části vymezím pojmy, které jsou relevantní s mojí diplomovou prací. Nejdříve zaměřím svoji pozornost na popis krizového řízení/managementu v multidisciplinárním týmu (MDT). V rámci studijního programu řízení a supervize na FHS UK jsou pojmy management a řízení vnímané jako synonymum. V anglickém překladu je slovo „to controll“ bráno jako „řídít“. Proto ve své práci budu uvádět primárně slovo „řízení“ jako zástupné pro všechny jeho uvedené významy. Dále čtenářům představím proces implementace změny, který je aplikován na moji diplomovou práci. Popis procesu implementace a řízení změny je pro moji diplomovou práci důležitý pro objasnění a vizualizaci všech kroků, kterými musela organizace poskytující zdravotní služby a lidé v ní projít v době příchodu pandemie onemocnění covid-19. Jednalo se o změny v postupech a procesech, které postupně přinášela vláda ČR, management organizace i manažeři týmu FN. Aby organizace byla prosperující a inovativní, je nutné se po určité periodě času dokázat adaptovat na své okolí a tím využít proces dobré změny. Ten vypracoval americký profesor J. Kotter, který je uvedený v mojí diplomové práci se svým osmifázovým modelem změny. Následovat bude popis týmu, který v České republice stál v předních liniích v boji proti pandemii covid-19, multidisciplinárního týmu ve zdravotnickém zařízení. K tématu multidisciplinárního týmu stručně popíši paliativní péči, která je s problematikou multidisciplinárního týmu již dnes ve většině zdravotnických zařízení úzce spojena. Konec mojí teoretické části zakončím stručnou případovou studií, která čtenáři popíše, jak probíhala implementace krizového, multidisciplinárního týmu (MDT), mnou zkoumané organizace. Tato část má zároveň propojit teoretickou pasáž s praktickou. Vše výše uvedené bude probíhat ve výběrovém vzorku období roku 2020-2021.

1.1 Krizové řízení v souvislosti s činnostmi poskytovatele zdravotních služeb

Jedním z hlavních témat, na které se soustředím ve své diplomové práci je krizové řízení ve zdravotnických službách, zaměřené na problémy, které nastaly během pandemie covid-19, ve spojitosti s MDT. Podle Antušáka a Kopeckého (2003) se používání termínu krizové řízení od svého „vzniku“ postupně rozšířilo do mnoha oblastí (ekonomické, sociálně-kulturní, oblasti finančního řízení, státní správy apod.) a došlo tak i k jeho částečnému zprofanování. Doposud však nebyla vytvořena jednotná terminologie, ani samotná definice pojmu. Každá oblast, dotýkající či zabývající se krizovým řízením si vytvořila vlastní potřebné výrazové prostředky. Tyto pojmy a termíny jsou však platné jen

pro jejich konkrétní odvětví, či obor činnosti. V některých oblastech se pojmy mohou obsahově rozcházet. Například definice krizového řízení, vycházející ze zákona č.240/2000 Sb., o krizovém řízení zní: „*Jde o souhrn řídicích činností věcně příslušných orgánů zaměřených na analýzu a vyhodnocení bezpečnostních rizik, plánování, organizování, realizaci a kontrolu činností prováděných v souvislosti s řešením krizové situace*“ (Antušák, Kopecký 2003). Oproti tomu mezinárodní organizace NATO krizové řízení definuje jako: „*Proces „zvládnutí krizí“ v širokém slova smyslu, založeném na třech vzájemně se posilujících prvcích: dialogu, spolupráci a udržování schopnosti čelit jakékoliv krizi*“ (Antušák, Kopecký 2003). Definic krizového řízení tedy může být mnoho různých variant. Já osobně se nejvíce ztotožňuji s výkladem krizového řízení takto: Krizové řízení představuje soubor názorů, postupů a zkušeností a jejich následné doporučení metod a opatření v praxi. S ohledem na moje téma diplomové práce parafrázuji Zuzáka (2004): Při krizi bývá obvykle rozhodujícím faktorem čas, ve kterém se krize prohlubuje a způsobuje stále větší škody. Mám za to, že efektivnost jednání organizace v krizi je založena na schopnosti krizových manažerů organizace, adaptovat se na změny a schopnost komunikace napříč organizací. Prospěch a úspěch organizace v řešení náhle vzniklé situace je m.j., určen právě úrovní informačního propojení v ose: top management – výkonní (zdravotnickí/sociální) odborníci. Důležitou roli v řešení krizových situací (jakou byl bezesporu i vstup „nového koronaviru SARS-CoV-2“ do českých nemocnic) hrají i možnosti a limity organizace, tzn., nestačí si pouze tato dvě slova uvědomovat, ale je třeba s jejich obsahem pracovat. (URL 1)

Krizové řízení ve zdravotnickém zařízení

Krizové řízení ve vztahu ke zdravotnickém zařízení je soubor úkonů, který se používá k efektivnímu řízení a reakci organizace na různé krizové situace a nebezpečí všech typů, která mohou ohrozit provoz a bezpečnost pacientů, zaměstnanců a zařízení samotného. Krizové situace mohou zahrnovat přírodní katastrofy, teroristické útoky, epidemie, pandemie technické poruchy, hrozby bezpečnosti, a další. (Hlaváčková, Štorek, 2007)

Existuje několik klíčových aspektů krizového řízení ve zdravotnickém zařízení:

1. **Plánování a příprava:** Zdravotnická zařízení mají vytvořené a pravidelně aktualizované plány pro různé krizové situace. Bez těchto plánů nesmí být zdravotnické zařízení spuštěno do svého výkonného provozu. Tyto plány obsahují postupy pro komunikaci, evakuaci, zajištění dodávek základních prostředků,

záchranné operace a další důležité aspekty. Pravidelné cvičení a simulace krizových situací jsou také důležité pro přípravu personálu. V mém zdravotnickém zařízení je tato forma zajišťována pravidelnými audity.

2. **Koordinace a komunikace:** Během náhlé krizové situace je klíčové, aby byla komunikace efektivní a koordinovaná mezi všemi odděleními organizace a zúčastněnými stranami. To zahrnuje interní komunikaci mezi zaměstnanci, komunikaci s veřejností, pacienty a případně s příslušnými orgány a úřady.
3. **Bezpečnost a ochrana:** Zdraví a bezpečnost pacientů, personálu a zařízení je během krize primárním cílem. Zdravotnická zařízení musí znát opatření a plány pro ochranu před hrozbami, jako je např.: náhlá evakuace, karanténa, zabezpečení prostor před agresory, ochranné pomůcky a dodržování hygienicko-epidemiologických opatření. V mém zdravotnickém zařízení je tento proces zabezpečen pravidelnými nácviky krizových opatření.
4. **Řízení zdrojů:** Během krize je velmi pravděpodobné, že zdroje, jako jsou léky, vybavení, personál a infrastruktura, budou značně omezené. Je důležité správně řídit a alokovat tyto zdroje tak, aby byla zajištěna distribuce a nejlepší péče pro pacienty a minimalizovány škody.
5. **Hodnocení a učení se:** Po skončení krizové situace je důležité provést hodnocení a analýzu událostí, identifikovat slabá místa a přijmout opatření na zlepšení budoucího krizového řízení. Tomuto bodu chci napomoci svou diplomovou prací. Učení se z předchozích zkušeností je klíčové pro zvýšení efektivity, odolnosti a připravenosti zdravotnického zařízení a jejich zaměstnanců na budoucí krizové situace. (Hlaváčková, Štorek, 2007)

Krizové řízení ve zdravotnickém zařízení je komplexní proces, který vyžaduje spolupráci mezi zaměstnanci i organizací, plánování a pravidelnou přípravu. Cílem je minimalizovat škody, vzniklé krizovou situací a zajistit bezpečnost pacientů, personálu a celkové infrastruktury.

Ministerstvo zdravotnictví – povinnosti v době krizového stavu

I jako jiná ministerstva má i ministerstvo zdravotnictví podle krizového zákona č. 240/2000 Sb. O krizovém řízení své pravomoci a povinnosti v době krize (URL 11). Tato

kapitola slouží jako krátký výčet této problematiky pravomocí a povinností státní instituce v kontextu s mojí diplomovou prací.

a) „Zajistit nákup a distribuci potřebných léčivých přípravků, a to i neregistrovaných podle zvláštního právního předpisu; v tomto případě neplatí povinnost oznámení a zveřejnění výjimky podle tohoto zvláštního právního předpisu,

b) koordinovat na vyžádání kraje činnost poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a poskytovatelů akutní lůžkové péče, kteří mají zřízen urgentní příjem anebo statut specializovaného centra, při poskytování neodkladné péče,

c) rozhodnout o rozsahu poskytovaných zdravotních služeb poskytovateli akutní lůžkové péče v případě zavádění regulačních opatření podle zákona o hospodářských opatřeních pro krizové stavy“ (URL 11, § 11).

1.1.1 Krizová komunikace

Hlavním cílem krizové komunikace je co nejvíce minimalizovat negativní dopad krize na pověst, důvěryhodnost a obraz organizace, popřípadě jednotlivce. Procesem k dosažení tohoto cíle je vytvoření dostatečného množství efektivních, komunikačních toků, které jsou zaměřené na řízení a řešení krize ve specifických oblastech

Vymětal (2009) definuje krizovou komunikaci takto: *„Je to výměna informací mezi odpovědnými autoritami, organizacemi, médii, jednotlivci a skupinami před mimořádnou událostí, v jejím průběhu a po jejím skončení. Bývá označována též jako komunikace v krizi, komunikace při mimořádné události, komunikace v krizovém řízení nebo komunikace rizika. Komunikaci rizik můžeme pojímat jako klíčovou složku krizové komunikace. Mezi hlavní aspekty krizové komunikace patří, obsah a forma, možná úskalí, problematika budování důvěry a otázky percepce rizika“ (Vymětal, 2009, str. 16).*

Zuzák (2009) je toho názoru, že komunikace představuje jednu z nejdůležitějších funkcí lidské existence k docílení funkčnosti. Může být více forem a podob předávání informací. Krizová komunikace představuje důležitý nástroj krizového řízení při řešení krizových situací. Lze ji obecně definovat jako shromažďování, zpracování a zprostředkování informací potřebných pro řešení krizové situace. Před krizí se krizová komunikace zabývá shromažďováním informací o potenciálních rizicích, rozhodováním o řízení možné krizové situace a školení společnosti, která bude zapojena do procesu krizového řízení. Po ukončení krize se komunikace zabývá hodnocením krizového řízení,

zveřejnění veškerých změn v důsledku krize a v případě potřeby navazuje komunikaci s jednotlivými zainteresovanými subjekty (Zaremba, 2015), které ilustruje následující obrázek č. 1.

Obrázek 1: Cílové skupiny krizové komunikace



Zdroj: Zuzák, Königová (2009), vlastní zpracování

Krizová komunikace představuje soubor následujících bodů:

1. **Předvídání, plánování, prevence:** Identifikace možných krizových scénářů a aktivní příprava na možné situace. Příprava je ve smyslu komunikace s managementem organizace, vládními institucemi, zaměstnanci, veřejností i médii (viz. obrázek č. 1). Zahrnuje také analýzu možných rizik a stanovení preventivních postupů pro jednotlivé scénáře.
2. **Reakce:** Rychlá a efektivní reakce na náhle vzniklou krizi. To zahrnuje aktivní shromažďování dostupných informací, jejich distribuce managementu, zaměstnancům, klientům i široké veřejnosti (viz. obrázek č. 1). Vypracování analýzy situace a určení nejlepšího možného postupu.
3. **Komunikace:** Otevřená a transparentní komunikace s veřejností, médii a dalšími zúčastněnými stranami (viz. obrázek č. 1). Zahrnuje poskytování pravdivých

informací, vyjasňování situace, vyjadřování omluv a přijímání odpovědnosti při případných pochybeních.

4. **Řízená distribuce informací:** Koordinace a kontrola distribučních toků informací tak, aby nedocházelo k dezinformacím a spekulacím. To zahrnuje dvojí kontrolu veřejně dostupných zpráv, zajištění jednotného poselství i vize a využívání všech dostupných komunikačních kanálů, aby informovanost dosáhla co nejvyšší efektivity.
5. **Analýza a hodnocení:** Po krizi je důležité provést analýzu celého procesu, zhodnotit účinnost zvolených strategií a identifikovat oblasti, které je třeba zlepšit pro budoucí krize. Této části se budu snažit pomoci svou diplomovou prací (Zuzák, Königová, 2009).

Na výše uvedených bodech chci uvést, že hlavní cíl krizové komunikace je předcházet dané krizové situaci, řešit vzniklou krizi jasně, rychle a bez následků a předat ověřené, přesvědčivé informace v pravou chvíli kompetentním lidem, a to v co nejkratší časové ose od jejího vzniku. Dílčí cíle krizové komunikace představují vyhodnocení účinnosti realizovaných opatření, analýzy a identifikace daného problému, ale i prevence vzniku dalších možných krizových stavů (Zuzák, Königová, 2009).

1.1.2 Krizový stav a krizová situace:

Ve čtvrtek 12. března 2020, po 14:00 hodině, vláda v souladu s čl. 5 a 6 ústavního zákona č. 110/1998. Sb., o bezpečnosti České republiky, vyhlásila pro území České republiky nouzový stav na dobu 30 dnů (zákon č. 110/1998. Sb.). Tím odstartovalo masivní zahlcování široké veřejnosti zprávami o aktuálním dění ze stran médií. Zde ovšem nastal první problém, který nás provázal takřka celou pandemií. Řada politiků i novinářů pochybila v komunikaci se širokou veřejností, státními celky i složkami IZS. Pochybení spočívá v chybné interpretaci terminologie a tím, že neznají rozdíl mezi stavem nouze a nouzovým stavem (a další odbornou terminologií), protože nejsou v dané problematice řádně erudovaní. Zaměňují mimořádnou událost za krizovou situaci a nerozlišují krizovou situaci od krizového stavu. Například předsedou státní správy a hmotných rezerv byl v rozhovoru pro Lidové noviny (24. 3. 2020, s. 4) nejméně dvakrát zaměněn termín mimořádné situace s termínem krizové situace. Navazuje na něj Melanie Krýslová, reportérka zpráv CNN, která hovoří o aktuálním stavu nouze jako o pojmu nouzového stavu (Lidové noviny 24. 3. 2020, str. 4, 5). Na tomto malém příkladu lze vidět, že již od prvních chvil koronaviru na území

České republiky dochází, ač nevědomky, k dezinformaci široké veřejnosti. Proto jsem se rozhodl hned v počátku této práce definovat pojmy týkající se krizových situací a krizových stavů, aby nadále nedocházelo k podobným pochybením v komunikaci.

Krizový stav v České republice je zvláštní právní režim vyhlášený v případě mimořádné, krizové situace nebo ohrožení veřejného pořádku, které přesahují běžnou míru zvládání a vyžadují zvláštní opatření a koordinaci státních orgánů. Definice krizového stavu je upravena v zákoně č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon). (URL 2)

Krizový stav	Krizová situace
<p>Jsou čtyři druhy krizových stavů. Každý je spravován a vyhlášen jiným úředním orgánem. „Stav, který vyhláší hejtman kraje nebo primátor hl. m. Prahy (stav nebezpečí), vláda ČR, popř. předseda Vlády ČR (nouzový stav) nebo Parlament ČR (stav ohrožení státu a válečný stav) v případě hrozby nebo vzniku krizové situace a v přímé závislosti na jejím charakteru a rozsahu.“ (URL 2)</p>	<p>„Krizová situace je mimořádná událost podle zákona o integrovaném záchranném systému, narušení kritické infrastruktury nebo jiné nebezpečí, při nichž je vyhlášen stav nebezpečí, nouzový stav nebo stav ohrožení státu.“ (URL 3) Při vzniku krizové situace může být vyhlášen krizový stav dle působení vektoru a intenzity daného nebezpečí.</p>

Podle ústavního zákona č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky, a krizového zákona č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a změně některých zákonů, je krizová situace v České republice definována takto:

1. Krizová situace nastává v případě ohrožení života, zdraví nebo majetku obyvatelstva, životního prostředí nebo veřejného pořádku v důsledku katastrofické události, krize veřejného zdraví, teroristického útoku, či jiné mimořádné události.
2. Krizová situace je vyhlášena vládou České republiky nebo krajským úřadem, v hlavním městě Praha, primátorem hl. m. Prahy. K vyhlášení dojde, pokud je ohrožen život, zdraví, či majetek většího počtu osob nebo pokud jsou ohroženy významné hodnoty státu.
3. Vyhlášení krizové situace umožňuje přijmout nezbytná opatření pro zajištění veřejné bezpečnosti a poskytnout ochranu široké veřejnosti

4. Vyhlášení platí pro celé území nebo jeho specifickou část. (URL 16)

Za těchto ohrožení musí nastat vyhlášení krizového stavu. Dělení krizových stavů se dále třídí na vojenské a nevojenské stavy. Vzájemný vztah mezi krizovými stavy a krizovými situacemi je popsán na obrázku č. 2, kde je vidět i následné třídění vojenských a nevojenských krizových stavů. V následujících kapitolách popíši, jak je provázán krizový zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení se sektorem zdravotnictví a jak ho ovlivňuje. (URL 16)

Obrázek 2 - Rozdělení mezi krizovými situacemi a krizovými stavy



Zdroj: Fus, Vilášek, 2012, s. 117

1.1.3 Krizové stavy ovlivňující zařízení poskytovatele zdravotních a sociálních služeb

Nevojenský krizový stav

Nevojenský krizový stav (také nazývaný civilní nouzový stav) je opatření přijímané vládou nebo místními orgány v reakci na mimořádnou událost, která představuje hrozbu pro veřejnost a vyžaduje koordinovanou akci a řízení. Nevojenský krizový stav se obvykle vyhláší v případě přírodních katastrof, epidemií, teroristických útoků nebo jiných situací, které vážně ohrožují bezpečnost a normální fungování společnosti. (URL 16)

V době trvání nevojenského krizového stavu jsou aktivovány zvláštní krizové plány a ochranné mechanismy pro zvýšení efektivity řešení a reakce na událost. Vláda nebo místní

orgány mají pravomoci vydat nařízení o omezení volného pohybu osob, uzavření veřejných míst, evakuaci obyvatelstva, mobilizaci zdravotnických zdrojů, posílení bezpečnostních opatření a dalších opatření, která jsou nezbytná k ochraně veřejného zdraví a bezpečnosti. Po dobu nevojenského krizového stavu je požadováno, aby široká veřejnost dodržovala pokyny a nařízení vydaná vládou nebo místními orgány. Aplikovaná omezení mají za cíl minimalizovat škody a zajistit bezpečnost obyvatelstva. Krizový stav obvykle trvá pouze do doby, kdy je situace pod kontrolou a nebezpečí ustoupí. (URL 4)

Stav nebezpečí

Vyhlášení stavu nebezpečí v České republice s sebou přináší opět zvýšenou úroveň vládních pravomocí a kontroly obyvatelstva. „*Stav nebezpečí se jako bezodkladné opatření může vyhlásit, jsou-li v případě živelní pohromy, ekologické nebo průmyslové havárie, nehody nebo jiného nebezpečí ohroženy životy, zdraví, majetek, životní prostředí, pokud nedosahuje intenzita ohrožení značného rozsahu, a není možné odvrátit ohrožení běžnou činností správních úřadů a složek integrovaného záchranného systému. Stav nebezpečí může být vyhlášen hejtmanem kraje, v Praze primátorem hl. m. Prahy. Stav nebezpečí lze vyhlásit na dobu nejvýše 30 dnů. Tuto dobu může hejtman prodloužit jen se souhlasem vlády*“ (URL 5). Vláda vyhláší opatření, jako je například: omezení pohybu osob, uzavření hranic, zvýšená policejní přítomnost, povinné evakuace, výjimečný stav v oblasti zákonodárství nebo omezení některých občansko-právních svobod. Cílem je minimalizovat škody a zajistit ochranu a bezpečnost obyvatelstva.

Nouzový stav

Dne 12. března 2020 byl vládou vyhlášen nouzový stav. Tento stav byl vyhlášen na 30 dnů s možným prodloužením, při stagnaci nebo zhoršení stávající situace. (URL 6)

Nouzový stav je vyhlášen v případě průmyslových či ekologických havárií, nehod velkých rozměrů, živelných pohrom nebo při jiném nebezpečí, kde jsou v ohrožení majetkové hodnoty, bezpečnost, životy a zdraví obyvatelstva. Vyhlášen může být jen na určité území a s uvedením přesných důvodů na přesně stanovenou dobu. Tento stav vyhláší vláda ČR (předseda vlády, je-li nebezpečí z prodlení; jeho rozhodnutí vláda do 24 hodin od vyhlášení schválí nebo zruší). Vláda o vyhlášení NS neprodleně informuje Poslaneckou sněmovnu, která může vyhlášení zrušit. Nouzový stav je vyhlášen na omezené území nebo celý stát a to na dobu maximálně 30 dnů. Po uplynutí maximální lhůty

může být prodloužen, ale pouze se souhlasem všech výše uvedených složek vlády. Způsob vyhlášení je skrze hromadné sdělovací prostředky. (URL 16)

Vojenské a nevojenské ohrožení státu

Vojenské ohrožení státu se obecně definuje jako situace, ve které existuje reálná hrozba, že jiný stát nebo nepřátelská entita použije sílu nebo vojenské prostředky ke způsobení újmy nebo poškození daného státu. Toto ohrožení může mít různé formy, včetně vojenské invaze, agresivního chování, útoků, terorismu nebo hybridních válečných taktik. (URL 7)

Nevojenské ohrožení se zaměřuje na využití netradičních prostředků a strategií k dosažení politických, ekonomických nebo sociálních cílů, aniž by došlo k otevřené vojenské konfrontaci. (URL 7)

„Dle ústavního zákonu č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky je stavem ohrožení státu myšleno to, je-li bezprostředně ohrožena svrchovanost státu nebo územní celistvost státu anebo jeho demokratické základy. K přijetí usnesení o vyhlášení stavu ohrožení státu je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech poslanců a souhlasu nadpoloviční většiny všech senátorů. Tento stav je na návrh vlády vyhlášován Parlamentem.“ (URL 9)

Vojenský krizový stav

Je definován jako situace, která vzniká s vnějším vojenským ohrožením státu, nebo když je země vyzvána k plnění svých mezinárodních závazků o společné obraně (URL 8). Tato situace se týká zdravotnického sektoru ve smyslu péče o své raněné, kteří jsou přímým terčem válečných konfliktů. V méj diplomové práci není vojenský stav zastoupen, ale je zde uveden, aby si čtenář dokázal představit další možné povinnosti člena MDT v jakékoliv krizi.

Válečný stav

Je spravován ústavním zákonem č. 1/1993 Sb., v Ústavě České republiky. Může být vyhlášen výhradně Parlamentem České republiky. Definice zákona: *„Válečný stav je stav vzniklý mezi zneprátenými stranami (státy nebo jinými subjekty mezinárodního práva) vypuknutím ozbrojeného konfliktu, a to bez ohledu na to zda byla vypovězena válka. Ústava ČR jej definuje jako situaci, kdy je ČR napadena, nebo je-li třeba plnit mezinárodní smluvní závazky o společné obraně proti napadení.“* (URL 10)

1.1.4 Shrnutí kapitoly krizového řízení

Nouzový stav České republiky byl vyhlášen 12. března 2020, od 14:00 hodin. Vyhlášení platilo pro celé území Česka, v souvislosti s pandemií covid-19. Vláda, která nouzový stav vyhlásila je oprávněna tento krok učinit, ale pouze na dobu 30 dní. Po uplynutí dané lhůty, lze nouzový stav prodloužit se souhlasem senátu České republiky o další periodu času 30 dní. Stejně tak jako vládní příslušníci, i běžní občané, jsme se s výše uvedenými pojmy možná setkali poprvé. Kapitola krizového řízení je v mé diplomové práci stěžejní, protože chci, aby byl čtenář plně obeznámen se slovy, která jsou si pojmově velice podobná a jsou velice lehce zaměnitelná. Dále se toto téma úzce pojí se mnou zkoumaným cílem. Členové MDT ve zdravotnickém zařízení byli v krizové době zahlcováni nařízeními vlády, která se týkala těchto, výše uvedených stavů aj. Myslím, že terminologie je základem správné informovanosti. Nedílnou součástí krizového řízení je proces změny. Proces změny (který nastal po vyhlášení výše uvedeného nouzového stavu) a jeho metody implementace v praxi budou popsány v další kapitole.

1.2 Proces změny

Nedílnou součástí řízení a obzvláště řízení v období krize je proces změny. Za klíčově inspirativní pro moji práci na analýze změn „proticovidových opatření“ (s cílem zlepšit jejich budoucí implementaci a realizaci) považuji tvrzení W. E. Deminga (1986) amerického statistika a manažera (spolutvůrce „Japonského zázraku“): *„Chceme-li něco zlepšit, musíme to změnit, chceme-li to změnit, musíme to pojmenovat a chceme-li to pojmenovat, musíme to změřit.“ (Deming, 1986)*

Proces změny v organizaci může být pro někoho složitá a pro někoho triviální věc. Vždy je důležité vědět, o jakou změnu se jedná, jaké máme dostupné informace, jak dokáže jedinec i organizace s informacemi zacházet skrze krizovou komunikaci a jak rozsáhlá je naše znalost dané problematiky. Proces zavádění změny je komplexní věcí a vždy by měl obsahovat několik dílčích úkonů. Aktér, který proces změny řídí, je většinou manažer organizace, či vůdce týmu. Zkušenosti jsou při procesu změny jeden z nejdůležitějších markerů úspěchu. Velice záleží na tom, zdali osoba nebo tým, který změnu provádí, již podobnou změnu prováděli v minulosti, zdali byla úspěšná nebo neúspěšná, co změnu vyvolalo, jak bude změna vnímána zaměstnanci/členy týmu, jaké techniky při provádění změny využijeme a jaké vnitřní a vnější síly na změnu působí (Bělohlávek, 2001).

Velice souhlasím s názorem Robbinse a Coultera (2004), kteří popisují dva úhly pohledu na proces změny. Jejich popis změny vysvětlují na metafoře. První z nich se nazývá proces Klidné vody. Publicisté vidí organizaci jako velikou loď na klidném moři. Kapitán a posádka vědí přesně, kam směřují, co mají dělat, jak bude cesta probíhat. Je tomu tak z toho důvodu, že cestu absolvovali již mnohokrát předtím. Změna v tomto modelu přichází v podobě nečekané bouře, což je pouze krátké narušení jejich plavby a je to něco, na co je posádka zvyklá a na co je připravená. Z této metafory lze vidět, že proces změny klidné vody lze použít u organizací a týmů, které jsou ve svém odvětví již dlouhou dobu a které si prošly skrze období svého působení mnoha podobnými změnami. V dnešní rychlé době ovšem tento pohled lze aplikovat pouze na omezené procento organizací. Dynamická doba, ve které se mnoho věcí rychle mění, vyžaduje adaptaci, rychlé myšlení a přívětivý přístup k inovacím.

Druhý pohled Robbinse a Coultera (2004) je nazván Peřeje. Opět je popsán metaforou. Peřeje jsou proces, kde je organizace považována za člun na řece se silnými peřejemi. Na člunu je šest osob, které spolu ještě nikdy nespolupracovaly, řeka je pro ně neznámá, nevědí přesně, kam plují a jejich cesta se odehrává v noci. Touto metaforou lze chápat, že organizace nebo tým, na který působí daná změna, se musí umět rychle rozhodnout, musí být flexibilní a musí se adaptovat na negativně se vyvíjející situaci v kolektivu neznámých lidí. Řízení změn je neustálá každodenní součást řízení firmy a proces změn je velmi přirozený. Tato metafora popisuje přesně mnou zkoumaný multidisciplinární tým v pandemickém, krizovém řízení, který bude popsán v následující kapitole. V tomto týmu se sice lidé trochu znali a v dřívějších dobách spolu párkrát spolupracovali, ale přirovnání je krásné v tom, že nástup onemocnění covid-19 byl pro všechny profese multidisciplinárního týmu „krokem do neznáma, s páskou přes oči a ještě často svázanýma rukama.“

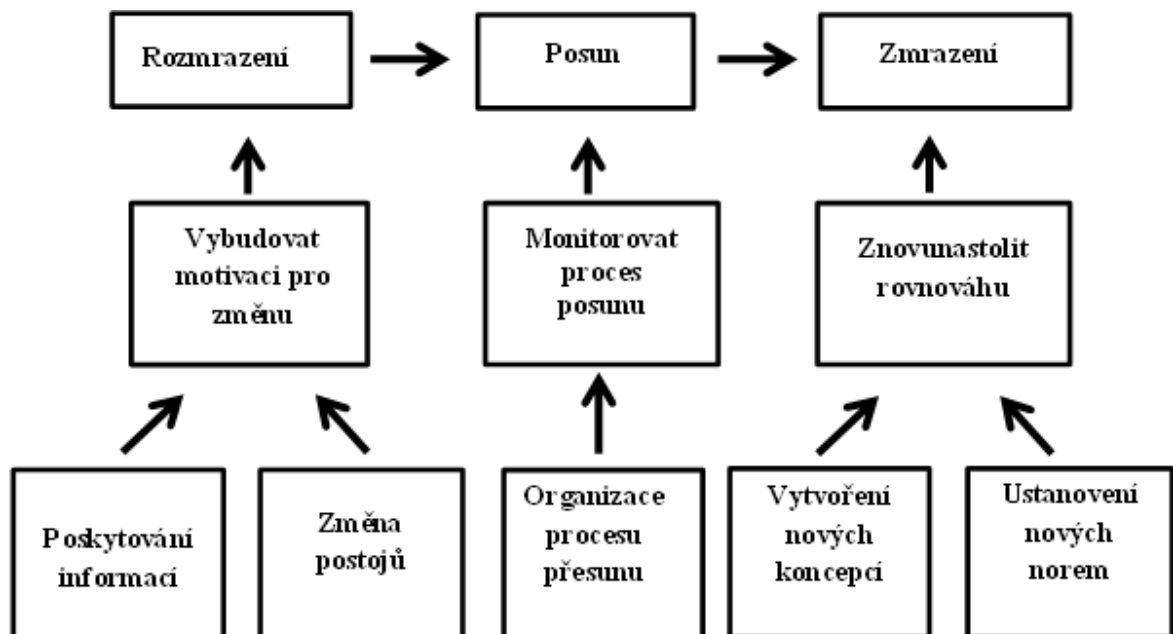
1.2.1 Model procesu změny dle Lewina

Rozmrazení – pohyb – opětovné rozmrazení, je jeden z nejznámějších modelů řízení změny. Tento model je sestavený Kurtem Zadekem Lewinem, americkým vědcem, který je v mnoha publikacích považován za zakladatele sociální psychologie. Jak sám model svým jménem napovídá, obsahuje tři kroky změny (Ochrana, 2011).

Prvním krokem, který je nazván autorem, „rozmrazení“, chceme z pohledu managementu překonat odpor a předsudky lidí vůči nově přichozí změně. Lewin vychází z představy, že pro jedince, který pracuje v daném prostředí delší dobu a je v rámci možností

spokojený, mění své návyky velmi obtížně a s nevolí. Bělohávek (2001) uvádí, že tento odpor může být podle, výše zmíněného Lewina, snížen nebo zcela potlačen rozmrazením jejich postoje, či chování tím, že se potřeba změny udělá tak potřebnou, žádoucí a výhodnou, že ji člověk bude ochoten akceptovat.“ Dle Robbinse a Coultera (2004) musí být dosaženo motivace pro změnu skrze dostatečné poskytování informací. Tomu by měly napomáhat tzv. “tažné síly“, což autoři popisují jako síly, které řídí vektor změny (pohyb od jednoho statu quo – stávajícímu stavu), potlačují síly odporu a tlačí chování k novému budoucímu stavu. Autoři vycházejí z Lewinova modelu procesu změn, kde je ukázáno, že změna postojů a dostatečné poskytování informací vede k motivaci pro změnu, viz obrázek č. 5

Obrázek 3: Lewin-Scheinův model procesu změny



Zdroj: Bělohávek, 2001, vlastní úprava

Následuje fáze rozmrazení, ve které musí management nejen překonat odpor lidí ke změně, ale také potřeba vést nedílné analýzy, připravit organizaci nebo tým na změnu skrze technologické pole, zdrojově zajistit celý proces změny a vytvořit si hmotné rezervy. Vaculík (2006) upozorňuje, že není-li organizace hmotně (zdrojově) zajištěná před procesem změn, je lepší setrvat v prvotní fázi rozmrazení a pracovat na její přípravě, než bude proces 100% schopný přechodu do další fáze. Toto tvrzení ovšem nelze použít na organizaci v době krize, je to situační model ideální organizace. Pokud si organizace/tým prochází krizovým obdobím, nebo ví, že je krizové období čeká, je nutné, aby rychle získala zdroje. Jde o nutné finanční zdroje, které organizace/tým potřebuje k udržení své minimální výroby na pokrytí nejzákladnějších výdajů. To samozřejmě nevyklučuje finanční půjčky, odprodej části své

firmy nebo jejích akcií a jiných zbytných aktiv. Současně by firma měla snížit provozní náklady na nutné minimum, což často vede k propouštění personálu. Po podniknutí výše zmíněných kroků by organizace měla být připravena na přechod do dalšího stádia změny. Jeden z markantních protivníků krizového řízení je rychle plynoucí čas a nedostatek kvalifikovaných pracovníků (Vaculík, 2006).

1.2.2 Model procesu změny dle Kottera

John Kotter je světově uznávaný odborník na změnu a autor knihy "Leading Change" (Vedení změny). Jeho teorie zahrnuje osm kroků úspěšně vedené transformace. Pro moji diplomovou práci jsem vybral tento model jako nejlépe aplikovatelný na nemocniční prostředí:

1. **Vytvoření pocitu naléhavosti:** Prvním krokem je přesvědčit lidi, že je nutné zavést změnu do prostředí organizace. Je důležité sdílet informace a důkazy, které ukazují na důvody, proč je změna nezbytná a naléhavá a výhodná pro tým.
2. **Vytvoření společenské síly:** Poté je potřeba vytvořit silný tým lidí (nadpoloviční většinu), kteří budou stát za změnou a budou ji aktivně podporovat (lobovat). Tento tým by měl zahrnovat různé zainteresované strany a měl by mít dostatečnou autoritu a důvěryhodnost. Čím větší autority, tím větší opora. Tato skupina by měla pracovat jako tým a postupně strhnout ostatní z týmu „nevěřících“.
3. **Vytvoření vize:** Změna by měla mít jasně definovanou vizi, která vysvětluje, kam se organizace snaží posunout. Vize by měla být přitažlivá a inspirovat zaměstnance k akci.
4. **Komunikovat vize:** Vize by měla být aktivně a opakovaně komunikována ve všech rovinách organizace. Je důležité, aby lidé rozuměli vizi a byli motivováni vizi podporovat.
5. **Delegování pravomocí k jednání:** Zaměstnanci by měli mít dostatečné pravomoci a odpovědnost, aby mohli realizovat změnu. Je důležité odstranit překážky a umožnit lidem jednat ve prospěch změny.
6. **Oslava dílčích vítězství:** Je důležité identifikovat a dosáhnout rychlých úspěchů během procesu změny. Zde platí pravidlo, že i malé úspěchy jsou vítězstvími. Tato vítězství posilují důvěru lidí v proces změny a poskytují motivaci k dalším krokům.

7. **Upevňování úspěchu:** Po dosažení rychlých vítězství je třeba stavět na úspěchu a zajistit, aby se změna stala součástí kultury organizace. To znamená upravit systémy, procesy a struktury, aby podporovaly novou vizi.
8. **Zakořenění změny do kultury:** Posledním krokem je zabezpečení, aby nová kultura byla trvale zakotvena v organizaci. Je nezbytné zajistit, aby nové postupy a hodnoty byly integrovány do všech aspektů organizace (Kotter, skrze Škapová, Čakrt 2015).

Absence dostatečné připravenosti vede k tomu, že polovina rozsáhlých organizačních změn končí neúspěšně. Připravenost se dá podpořit „uvolněním“ stávajících postojů a vytvořením motivace ke změně. Tyto strategie zahrnují zdůraznění rozporu mezi současnou a požadovanou úrovní výkonu organizace, podněcování nespokojenosti se současným stavem, vytvoření přitažlivé vize budoucího stavu věcí a posílení důvěry v to, že tohoto budoucího stavu lze dosáhnout. (URL 15)

Kotterův model poskytuje rámcovou strukturu pro efektivní řízení a implementaci změny v organizaci. Dodržuje-li organizace jeho osm kroků při zavádění změny, je více než pravděpodobné, že se změna setká s úspěchem. Je důležité mít na paměti, že každá organizace je jedinečná a může vyžadovat upravení nebo rozšíření těchto kroků v souladu s konkrétními podmínkami a potřebami.

1.2.3 Shrnutí kapitoly procesu změny

Pro uvedení čtenáře do problematiky méj diplomové práce, jsem zvolil rovněž výběr dvou neznámějších modelů v procesu změny. Skrze Lewina a Kottera si nyní čtenář dokáže představit, jak se musela organizace zachovat směrem k zaměstnancům, kteří byli uvedeni do náhle vzniklé změny skrze pandemii covid-19, jaká úskalí s sebou nese proces změny a že ne vždy je proces změny úspěšný. Dále jsou zde uvedeny proto, že při tvorbě polostrukturovaného dotazníku k rozhovorům s participanty, se budu inspirovat těmito modely.

1.3 Sociálně zdravotní sféra

Industriální způsob života a urbanizace zapříčinily to, že pro lidstvo vyvstaly nové výzvy, ve kterých se musela řešit onemocnění spojená s nízkou úrovní života a velkou kumulací obyvatelstva na jednom místě. Na počátku 19. století migrovalo velké množství obyvatelstva z venkova do měst, která postupem času přerostla ve velkoměsta. Migrace probíhala kvůli tomu, že společenství dokázala rodiny obyvatel lépe zabezpečit před externími hrozbami. Tato migrace obyvatelstva ovšem s sebou přinášela velké problémy, na

které se musela adaptovat i zdravotnická péče. Bylo potřeba skloubit prvky sociální péče a zdravotnictví. První známky této zdravotně sociální sféry popisuje Navrátil (2001), jako dobrovolnickou činnost u osob zasažených sociálními problémy (Londýn). Postupem času se formovaly charitativní útvary, které pečovaly o lidi v nouzi, až se dospělo k profesionálně utvořené sociální disciplíně se psychosociálním terapeutickým působením. (Navrátil, 2001)

Zdravotně-sociální sféra je poprvé popsána britským ekonomem, Williamem Beveridgem, který ve svém reportu o sociálním pojištění a příbuzných službách z konce roku 1942 popsal podstatu fungování sociálního státu. Tato zpráva, obsahuje popis takzvaných Beveridgových “obru a zel“. Každý z uvedených termínů má pět kroků, tedy “Pět Obrů“ a “Pět Zel“. Uvedu zde boj s pěti obry, které autor popisuje jako boj se: špinou, nemocí, nevědomostí, nouzí a zahálkou. (URL 13)

- **Špína:** Beveridge se zaměřoval na to, aby každý občan měl dostatečný příjem k zabezpečení základních potřeb sebe a svých blízkých, jako je stravování, bydlení a ošacení. Chtěl odstranit chudobu a nedostatek, kterou v tamější době, bylo postiženo velké procento lidí (poválečný stav).
- **Nemoc:** Tento autorův návrh v sobě nesl poselství zřízení národní zdravotnické služby, která by poskytovala zdravotní péči všem občanům, zdarma. Tím se mělo zajistit, že lidé budou mít přístup ke kvalitní, rovnocenné lékařské péči bez ohledu na svůj sociální status nebo příjmy.
- **Nevědomost:** Beveridge zdůrazňoval význam vzdělání a odborného výcviku. Navrhoval rozvoj vzdělávacích institucí a programů, které by pomohly lidem získat znalosti a dovednosti potřebné k nalezení zaměstnání a úspěšnému začlenění se do společnosti.
- **Nouze:** Z pohledu ekonomy, kterým W. Beveridge byl, se také snažil zlepšit pracovní podmínky a zabezpečit, aby pracovníci měli práva a ochranu před vykořisťováním. Jeho plán zahrnoval návrhy na zavedení minimální mzdy, omezení pracovní doby a zlepšení sociálního zabezpečení.
- **Zahálka:** Autor chtěl, aby se lidé více zapojovali do výkonu práce a aktivně přispívali svým dílem práce do společnosti. Plán navrhoval systém sociálního zabezpečení, který by podporoval lidi, kteří nebyli schopni výkonu práce, a zároveň je motivoval, aby se vrátili do zaměstnání, pokud toho byli fyzicky nebo duševně schopni (Zdroj: osobní sešit, výuka FHS), (URL 13).

Uvádím zde Beveridgových “Pět obrů“, na kterých je jeden z prvních popisů propojení novodobé sociální a zdravotnické sféry. Zároveň je to unikátní model, který popsal základy spolupráce mezi sociálními a zdravotnickými obory.

1.3.1 Multidisciplinární tým ve zdravotnickém zařízení

Jednou z významných složek zdravotnických zařízení je multidisciplinární tým, který v něm působí. Tento tým je složen z odborníků různých lékařských disciplín a dalších zdravotnických profesí, který je doplněn o nelékařské profese, jež obohacují tým o své pole působnosti. Dohromady tvoří celek, který nabízí člověku tu nejlepší možnou cestu skrze dané onemocnění.

Soldánová (2006) říká, že v ideálním případě by měl multidisciplinární tým vypadat tak, že v jeho čele stojí primář, který je zkušeným lékařem s odborným zaměřením na určitou oblast medicíny. Primář je zodpovědný za koordinaci týmu a zařizování komunikace mezi jeho členy. Tým je tvořen lékaři různých specializací, jako jsou internisté, chirurgové, neurologové, ortopedové, gynekologové a další. Každý lékař přináší své odborné znalosti a dovednosti do týmu, což umožňuje poskytovat pacientům vysoce kvalitní péči.

V rámci multidisciplinárního týmu spolupracují také nelékařské profese jako psychologové, sestry, terapeuti a další zdravotničtí pracovníci. Sestry mají klíčovou roli při péči o pacienty, provádějí základní ošetrovatelské úkony, sledují stav pacientů a podávají léky. Terapeuti, jako jsou fyzioterapeuti a logopedi, se pak specializují na rehabilitaci pacientů a pomáhají jim získat zpět co nejlepší funkčnost. Další neodmyslitelnou složkou multidisciplinárního týmu je péče o sociální stránku pacienta/klienta, kterou zabezpečuje sociálně zdravotnický pracovník, nebo je sociální pracovník a neméně důležitou je, v případě potřeby a vyžádání, péče o ducha. Tu zabezpečuje nemocniční kaplan (popřípadě jiný duchovní, dle příslušné víry). Rozdělení základních profesí MDT týmu lze vidět na obrázku č. 4 (Obrázek je vytvořen s ohledem na mnou zkoumanou organizaci).

Obrázek 4: Základní profese MDT ve zdravotnickém zařízení



Zdroj: vlastní zpracování dle Soldánová (2006), Svobodník (2009)

Na obrázku č. 4 popisují základní role a profese, které jsou nedílnou součástí MDT v průměrném zdravotnickém zařízení ČR. Multidisciplinární tým v nemocnici spolupracuje na řešení komplexních zdravotních problémů pacientů. Týmová práce je klíčová pro efektivní diagnostiku, léčbu a rehabilitaci. Členové týmu pravidelně komunikují a konzultují případy pacientů, aby se sjednotili v diagnóze a stanovili nejvhodnější terapeutický plán (Svobodník, 2009). Na obrázku č. 4 dále uvádím Rodina a blízcí. Nejedná se o chybu! Z mojí praxe zdravotnického záchranáře na jednotce dětského ARO vím, že je nutné při těžké nemoci pacienta zapojit mimo odborníky i klientovu rodinu a blízké. Nejde o žádné velké úkony, jde pouze o to, aby si člověk, jehož nejbližší je kriticky ohrožený na životě, připadal potřebný a posléze, pokud dojde k nejhoršímu, aby si nevyčítal svoji nemohoucnost. Z tohoto důvodu považuji za velmi důležité uvést ve své práci i tvrzení Markové (2010), která silně doporučuje, aby pacient i jeho rodina byli součástí multidisciplinárního týmu. To vše samozřejmě záleží na stádiu nemoci a okolnostech jako jsou protiepidemiologická opatření, bariérový režim, možnosti zdravotnického zařízení, aj. S názorem Markové se plně ztotožňuji.

Díky multidisciplinárnímu přístupu je tým schopen poskytnout komplexní a individuálně přizpůsobenou péči pacientům. Spolupráce mezi různými odbornostmi vede k lepšímu porozumění pacientovým potřebám a umožňuje efektivnější využití zdrojů a znalostí týmu. (Soldánová, 2006).

1.3.2 Pracovně sociální skupina ve zdravotnictví

Pracovní skupina je prototypem a příkladnou ukázkou malých sociálních skupin. Do své diplomové práce zařazuji definici této skupiny, protože v ní lze názorně spatřit propojení zdravotní a sociální sféry. Mohu konstatovat, že v mnou zkoumané organizaci se sociální interakce odehrávají právě v rámci těchto pracovních skupin, které jsou základními jednotkami celého zařízení. Na konci této podkapitoly shrnu, jestli lze za pracovně sociální skupinu považovat i multidisciplinární tým. Definice dle Bedrnové: „*Pracovní skupina je skupina lidí, jednoho pracoviště, spjatých společnou činností, vnitřní strukturou sociálních rolí a jednotným vedením*“ (Bedrnová, Nový, Jarošová, 2012, s. 275).

Dle Boháčka (2020), jsou základní znaky pracovní skupiny:

- společné cíle, které udržují vnitřní integritu a dělí skupinu od okolí
- společná činnost, díky ní směřuje skupina k realizaci svých nastavených cílů
- pevná struktura pracovních pozic a rolí
- časté vzájemné interakce a kontakty mezi účastníky týmu
- pevné sociální vztahy
- společné zázemí
- loajalita vůči skupině

Ve srovnání s tím, je sociální skupina termín používaný v sociologii k popisu menšího počtu lidí, kteří jsou propojeni vzájemnými vztahy a interakcemi se společným cílem. Sociální skupina může být tvořena přáteli, rodinou, spolupracovníky nebo jinými lidmi, kteří se pravidelně setkávají a navzájem ovlivňují své chování a postoje. Nakonečný (2009) rozděluje sociální skupiny na formální a neformální.

- Formální skupiny jsou tvořeny lidmi, které pojí pevně ustanovená pravidla a formální znaky. Do této skupiny můžeme zařadit například pracovní kolektivy, žáky školních tříd, focus group, aj. Avšak v těchto formálních skupinách mohou prosakovat neformální prvky, které jsou jim podřazené. Prototypem formální skupiny je například skautský klub.
- V neformálních skupinách, které také můžeme označovat jako primární skupiny, jsou lidé organizováni dle neformálních, vlastních (nepsaných) pravidel. Zpravidla se jedná o domluvu mezi účastníky, každodenní vztahy, zkušenosti či emoce. Prototypem neformální skupiny je třeba rodina.

Druhé dělení popisuje Nakonečný (2009) na základě hodnocení pocitu náležení ke skupině – na členské a referenční skupiny. Referenční skupinu můžeme dále dělit na dva poddruhy a to na pozitivní a negativní.

- K pozitivní referenční skupině se člen aktivně hlásí, přísluší k ní a je v ní dokonce rád. Pokud není členem, chtěl by k ní příslušet.
- U negativní referenční skupiny je tomu přesně naopak. Co se týče členské skupiny, k té jedinec fakticky pouze náleží a není v ní nijak aktivní. Vzhledem k tématu naší práce je podle tohoto dělení pracovní tým, formální, členskou skupinou.

Každá pracovní pozice v pracovní skupině je ovlivněna právy a povinnostmi, které skupina jednotlivci určí. Je ovšem vždy důležité nahlédnout i na sociální stránku člověka a dle té mu určit pracovní pozici ve skupině. Pracovní role totiž vyjadřuje dynamickou stránku pracovního zařazení. V kontextu s mojí diplomovou prací, mohu konstatovat (jak bylo řečeno v úvodu kapitoly), že multidisciplinární tým je malou pracovní, sociální skupinou.

1.3.3 Pracovní pozice a role

Definice pracovní role dle Bedrnové (2012) je: „*Pracovní role je „ideál“ odvozený z příslušné pozice bez ohledu na konkrétního pracovníka, který ji bude vykonávat. Pracovní role je na jedné straně objektivizovanou normou, na druhé straně má subjektivní obsah. Jde o to, aby subjektivní představy pracovníka byly v souladu s objektivním obsahem pracovní role*“ (Bedrnová, Nový, Jarošová, 2012, s. 276). Definici uvádím, protože lze na ní názorně spatřit konflikt pracovní zodpovědnosti a subjektivního vnímání náplně práce. Shodně se mnou zkoumaným problémem u pracovníků MDT při pandemii covid-19, kde hrála svoji roli loajalita k organizaci, svým povinnostem a kolegům. Na opačné straně vystával stres z práce se smrtelným virovým onemocněním, strach o své blízké, obavy z nadměrných požadavků vyplývajících z množství nových nařízení vládních organizací, epidemiologů, hygieniků i organizace samotné.

Definice pracovní pozice dle Armstronga (2015): „*Pracovní pozicí či místem se rozumí soubor jasně definovaných pracovních úkolů a povinností, které musí být plněny*“ (Armstrong, 2015, s. 192.). Můžeme tedy konstatovat, že pracovní pozice je základní prvek v organizační struktuře. Významný vliv a funkci mají vlastní představy pracovníka (viz. citace od Bedrnové, 2012) o náplni pracovní role, očekávání od spolupracovníků, představy a očekávání od managementu organizace. Zároveň je nutné brát v potaz subjektivní

představy jedince o pracovním okolí, pracovním růstu a zvládnání pracovní role samotné. Boháček (2020) je toho názoru že, a to vzhledem k různým a mnohdy i rozporuplným subjektivním očekáváním jedince, je složité zvládnout roli tak, aby byla naplněna všechna očekávání. Například v rámci organizační kultury může existovat velký rozpor mezi normami stanovenými organizací a hodnotami, které mají zaměstnanci. V tomto případě, opět Boháček (2020) uvádí, že role nejsou upřímné a začíná boj s oboustranným pokrytectvím. Naopak profesionálním přístupem je myšleno to, když jsou naplněna všechna očekávání role, za všech okolností a v celém rozsahu očekávání.

Belbinovo dělení týmových rolí

Zde jsem vybral model vyvinutý Dr. Mereditem Belbinem, britským výzkumníkem a velkým teoretikem v oblasti managementu (i krizového). Tento model byl vybrán, protože nejvíce koreluje s tématem mé diplomové práce a problematikou multidisciplinárního týmu ve spojení s rolmi v týmu. Jeho model devíti rolí identifikuje devět klíčových rolí v týmu. Tyto role popisují typické chování a silné stránky, které jednotlivci přinášejí do týmu. V tomto modelu stojí za povšimnutí to, že pan Belbin popisuje schopnosti každého ze subjektů, ale na stejnou váhu přikládá i chování jedince. Chování jedince dokáže často značně ovlivnit tzv. “podnebí“ v týmu více než práce odvedená daným jedincem. Méně výrazní jedinci mohou být opovrhováni, nepochopeni a v krajních případech se mohou stát i terčem jakéhosi druhu šikany. Naopak extrovertní jedinci mohou být neukázněni, nebudou respektovat příkazy aj. Vždy je na vůdci týmu, aby byl objektivní, dokázal s těmito lidmi počítat a predikovat jejich odlišné chování., vyhotovil analýzu a dokázal tým přimět pracovat na společném cíli. (Belbin, 2012)

- **Kreativní jedinec:** Kreativní jedinec je týmový člen plný nápadů a představivosti. Přichází s inovativními myšlenkami a řešeními. Obvykle je introvertní a může být považován za nekonvenčního.
- **Průzkumník zdrojů:** Tato role je zodpovědná za prozkoumávání příležitostí mimo tým a navazování kontaktů. Průzkumníci zdrojů jsou extrovertní, nadšení a dobří v budování sítí.
- **Koordinátor:** Koordinátoři jsou často přirození lídři, kteří mají jasnou vizi a dokáží účinně delegovat úkoly. Excelují v tom, že spojují členy týmu a zajišťují, aby všichni pracovali ke společnému cíli.

- **Tvarovatel:** Tvarovatelé jsou dynamičtí a prosperují pod tlakem. Tlačí tým k dosažení cílů a výzvou status quo. Tvarovatelé mohou být považováni za asertivní a někdy konfrontační.
- **Hodnotitel:** Tito jedinci mají racionální a objektivní pohled. Pečlivě analyzují možnosti a poskytují kritické poznatky. Hodnotitelé jsou dobří v rozhodování a často opatrní.
- **Týmový pracovník:** Týmoví pracovníci jsou spolupracující, diplomatičtí a podporující ostatní. Pomáhají udržovat harmonii v týmu a jsou vynikající posluchači. Týmoví pracovníci se mohou potýkat s obtížemi při rozhodování.
- **Realizátor:** Realizátoři jsou praktičtí, disciplinovaní a efektivní. Zaměřují se na přeměnu myšlenek na činy a jsou spolehlivými členy týmu, kteří dokáží věci dokončit. Realizátoři se mohou bránit změně a raději se drží zavedených postupů.
- **Dokončovatel:** Dokončovatelé věnují pozornost detailům a zajistí, že úkoly jsou dokončeny na vysoké úrovni. Mají silný pocit naléhavosti a často jsou perfekcionisty. Mohou mít problémy s delegováním úkolů.
- **Specialista:** Specialisté mají specializované znalosti a dovednosti, které jsou klíčové pro úspěch týmu. Poskytují odborné znalosti a hloubkovou analýzu ve své oblasti. Specialisté mohou být introvertní a raději pracují sami na svých úkolech (URL 22).

Je důležité si uvědomit, že ačkoliv je 9 různých rolí, neznamená to, že jednotlivci nemohou projevovat kombinaci těchto rolí v různé míře. Belbinovy týmové role nejsou určeny k zařadění lidí, ale spíše poskytují vhled do rozmanitých příspěvků, které jednotlivci mohou do týmu přinést (Belbin, 2012). K problematice MTD týmu mi tento model přijde jako nejrelevantnější. Tým, obzvláště ten multidisciplinární je kombinací osobností, profesí, ega a názorů. V cestě za společným cílem (poskytnutím komplexní péče pacientovi v době krize), je důležité, aby si každý člen uvědomil možné rozlišnosti svých kolegů a zohlednil blaho pacienta/klienta před osobními spory, které mohou v MDT nastat neshodou rolí.

1.3.4 Profese v MTD týmu ve spojení se zdravotnickým zařízením

Dle národního zdravotnického informačního portálu (NZIP), lze považovat za osobu způsobilou k výkonu zdravotnického povolání toho, kdo plní podmínky platné legislativy a vykonává činnost, která mu profesně náleží. Tato povolání dělíme na lékařská povolání a

nelékařská povolání. Lékaři jsou kompetentní osobou k výkonu činnosti v oblastech provádění prevence, diagnostiky, terapie i rehabilitace. Lékařská povolání jsou upravována zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Status nelékařského zdravotnického pracovníka je upravován zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a disponuje kompetencemi, které jsou v souladu s právní normou a legislativou jeho postavení. Nelékařský zdravotnický pracovník je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti. Složitější úkony může vykonávat pouze za indikace lékaře, pod přímým dohledem a vedením (URL 12). Nejčastěji zastoupené lékařské a nelékařské profese v průměrném multidisciplinárním týmu ve zdravotnickém zařízení jsou:

Lékař

Role lékaře ve zdravotním zařízení je v celku zřejmá. Provádění preventivních, diagnostických, terapeutických a rehabilitačních úkonů ku prospěchu nebo úpravě zdraví potřebného jedince. Uvádím zde přirovnání k definici lékařského povolání, kterou uvádí portál NZIP (URL 12) a která se mne osobně velice líbí. V tomto přirovnání je s nadsázkou řečeno. *„Lékařská povolání jsou částí šedé kůry mozkové a konečky prstů zdravotního systému, zbytkem jeho těla jsou nelékařská povolání. Jedno ani druhé nemůže efektivně fungovat samostatně.“* (NZIP, URL12) V tomto přirovnání lze spatřit to, že lékařské povolání nemůže být prováděno bez kolegů z nelékařských pozic. Již v přirovnání samém je vlastně řečeno, že je esenciální, aby tato dvě povolání (lékařská i nelékařská) byla umístěna v multidisciplinárním týmu a pomáhali si vzájemnou kooperací.

Všeobecná sestra

Sestra má největší přehled z týmu o aktuálním fyzickém dění. Monitoruje pacienta skrze svou směnu 8-12-24 hodin a proto musí být kompetentní pro nastavení a správné podávání léků a pro odhad pacientova nadcházejícího stavu. Kompetence povolání všeobecné sestry jsou upravovány zákonem č. 96/2004 Sb. § 5, Zákonem o nelékařských povoláních. Musí dodržovat plán léčby nastavený lékařem a dokázat jej srozumitelně vysvětlit pacientovi, ostatním členům jeho rodiny nebo komunikovat s členy multidisciplinárního týmu. V neposlední řadě musí být empatická a musí pomáhat snášet nelehké situace svým klientům (Marková, 2010). Zdravotní sestry většinou sepisují první údaje s pacienty, pomáhají při pravidelném užívání a objednávání léků. Sestry jsou prvními

členy týmu, které monitorují zhoršený stav, potíže, či bolesti, vnímají tedy pacientův stav (Peč, Probstová, 2009).

Psycholog

Dle NZIP lze definovat práci psychologa ve zdravotnictví, jako osobu, která bez indikace lékaře s jinou specializací provádí neodkladné, diagnostické, preventivní, léčebné, rehabilitační nebo dispenzární péči v oboru klinické psychologie v konzultaci s klinickým psychologem. Zde je nutné podotknout, že často dochází k mylným předpokladům, že psycholog se řadí do lékařských zdravotnických povolání. Opak je pravdou, psycholog je řazen do nelékařských zdravotnických povolání (URL 28). Klinický psycholog provádí psychodiagnostická a psychoterapeutická vyšetření, která jsou spojena s onemocněními nebo duševními poruchami. Podílí se na psychické rehabilitaci a přípravě pacienta na zákroky. Slouží jako podpůrná jednotka pro pacienta nebo jeho blízké, a to skrze období nemoci (URL 26).

Sociálně – zdravotní pracovník

Ač by se mohlo zdát, že sociální pracovník ve zdravotnictví nebo sociálně zdravotní pracovník, by měl stále spadat pod kompetence sociálního pracovníka, není tomu tak. V sociální práci ve zdravotnictví je možné vykonávat činnost sociálního pracovníka tehdy, pokud sociální pracovník získá způsobilost k výkonu zdravotnického povolání dle zákona 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Kutnohorská (2011) popisuje komplexnost zajištění ošetrovatelského a léčebného procesu, který je vykonáván sociálně zdravotnickým pracovníkem, takto: „*Sociální oblast ve zdravotnictví je speciální odvětví, kde se prolíná zdravotní péče s péčí sociální a právě zajištění návaznosti těchto dvou přidružených oblastí je nezbytnou součástí ošetrovatelského a léčebného procesu*“ (Kutnohorská, 2011, s 189). Na této definici je zřetelně vidět, že výkon zdravotně sociálního pracovníka je v dnešní hektické, urbanistické době velice zapotřebí. V tabulce č. 1, uvádím kompetence zdravotně sociálního pracovníka (ZSP).

Tabulka 1: Kompetence zdravotně sociálního pracovníka

Hodnocení potřeb klientů:	Pracuje s klienty a po důkladné analýze hodnotí jejich sociální, zdravotní a emocionální potřeby. Posuzuje klientovu životní situaci, zhodnocuje dosažitelné cíle a společně s nimi vytváří
----------------------------------	---

	plán podpory. Ve zkratce hodnotí celkový status jedince.
Poskytování informací a poradenství:	Ověřuje a sděluje klientům informace o dostupných sociálních a zdravotních službách, v rámci jejich možností. Doporučuje podpůrné programy, které by mohly klientům pomoci při řešení osobních, rodinných nebo sociálních problémů.
Koordinace služeb:	Pracuje v těsné spolupráci se zdravotnickými a sociálními profesionály, aby zajistil, že klienti získají veškerou potřebnou podporu a péči. Koordinuje služby ve výběrovém vzorku příslušejícím klientovi a usiluje o soudržnost a efektivitu poskytované pomoci. Je členem interdisciplinárních nebo multidisciplinárních týmu.
Podpora při vyřizování formalit:	Může pomoci klientům při vyřizování různých formalit a žádostí o sociální dávky, zdravotní péči nebo invalidní důchod. Pomáhá jim porozumět složitému byrokratickému systému a poskytuje jim praktickou pomoc a cíleně mířené konzultace.
Krizová intervence:	Aktivně reaguje na krizové situace a poskytuje podporu lidem v obtížných životních situacích, jako je domácí násilí, úmrtí blízkého člověka nebo těžká nemoc. Poskytuje emocionální oporu a pomáhá lidem nalézt způsob, jak se s krizí vyrovnat. V multidisciplinárním týmu nejčastěji konzultuje klientovu situaci s lékařem a psychologem. Je samozřejmě v kontaktu i s ostatními kolegy příslušejícím týmu.
Vzdělávání a osvěta:	Aktivně se pohybuje v oblasti prevence a vzdělávání veřejnosti o sociálních a zdravotních službách. Dokáže klientovi srozumitelně přiblížit náplň svojí práce,

	<p>aby mu klient dokázal důvěřovat, a navrhne schůdné postupy. Pořádá workshopy, školení nebo přednášky pro skupiny lidí tak, aby zvýšil povědomí o důležitých otázkách týkajících se zdraví, duševního zdraví, péče o seniory atd.</p>
--	--

Zdroj: (URL 29) Vlastní zpracování

ZSP je jednou z předních postav zastupujících multidisciplinární tým z pohledu sociálního systému. Je to osoba, která se stará o komplexní blaho a kvalitu života klientů. ZSP mohou být často zdravotnickým personálem nebo organizací opomíjeni, či podceňováni, osobně se ale domnívám, že jsou, a to vzhledem k dnešní době a sociálním rozdílům ve společnosti, nedílnou součástí MTD týmu, pro zajištění co nejkomplexnější péče o klienta.

Intervent

Intervent je povolání, které nebylo zastoupeno v mém zkoumaném MDT. Uvádím zde ovšem alespoň okrajově náplň práce interventů, protože jsou často zastoupeni v MDT po celé ČR. Intervent je v celku novodobý pojem, označující osobu, která absolvovala výcvik v “První psychické pomoci ve zdravotnictví“, či absolvovala jiné adekvátní vzdělání korelující s psychickou pomocí druhému, např. krizová intervence. Kompetence intervenanta ve zdravotnictví je poskytování první psychické pomoci osobám blízkým či pozůstalým, popřípadě samotnému pacientovi či zaměstnanci v definovaném rozměru. Intervent pracuje v souladu se závaznými legislativními normami a zákony, v souladu se zákonem č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě a dle vyhlášky odborů o intervenční péči poskytované sekundárně zasaženým č. 870-12/2021 (URL 24). Práce intervenanta je v přímé součinnosti s prací či zásahem multidisciplinárního týmu v organizaci. Spolupracuje s krajským koordinátorem a odbornými garanty systému psychosociální intervenční služby (SPIS), (URL 23).

Kaplan

Kaplan, neboli duchovní, se řadí do nezdravotnických povolání, ale zpravidla je členem MDT. Svatošová (2011) uvádí, že nemocniční kaplan je osobou, která má největší kompetence, co se týče duchovní péče a potřeb nemocného. V naší silně ateistické zemi se

některým lidem může zdát, že slovo kaplan je archaismus, který již nemá s medicínou co dočinění. Ateismus je v České republice na vzestupu a dle sčítání lidu v roce 2011 se k odpovědi bez víry přiklonilo 68,3% respondentů. Odpověď s náboženskou vírou vyplnilo 18,7%, 30,1% osob se k odpovědi nepřihlásilo (URL 25). Je tedy patrné, že Česká republika je státem odlišným od okolních zemí, co se týče náboženského pokrytí, ale organizace se zdravotnickým zaměřením musí být na alternativu duchovního konzultanta připravena. Svatošová (2011) ze svých dlouholetých zkušeností říká, že duchovní podporu naopak často potřebují lidé, kteří sami sebe považují za nevěřící v Boha. Právě na sklonku života se každý potýká z otázkou smyslu života a kvality života, který vedl. Zdali bude schopen předstoupit před takzvaný "boží soud" s čistým štítem.

Ošetřovatel

V mém výzkumu žádný z ošetřovatelského personálu neparticipuje. Oslovil jsem jednu kolegyni, která byla zaneprázdněna. Sloužila v MDT týmu, a proto zde uvádím i její náplň práce v MDT. Náplň práce ošetřovatele je udržovat či podporovat zdravotní stav klienta/pacienta, zmírňovat jeho utrpení a zajistit klidný proces umírání. Slouží jako podpůrný prvek k mobilizaci a samostatnosti pacienta vzhledem k jeho možnostem a stavu, pomáhají jim, když to zdravotní stav klienta/pacienta vyžaduje. Základem etického kodexu ošetřovatele je respekt k individuální kvalitě života. Nedílnou součástí tohoto povolání je edukace pacienta o podpůrných prostředcích, řádu oddělení, hygienicko-epidemiologických podmínkách oddělení aj. Ošetřovatel se snaží, aby pacient byl co nejvíce soběstačný za podpory jeho blízkých (Plevová, 2011).

1.4 Paliativní péče

Známý americký profesor Richard Payne, zabývající se celý svůj život paliativní péčí o své pacienty, ve své knize prohlásil, že: *V terminálním stádiu nevyлéčitelné nemoci je péče o pacienta velice komplexní a není naprosto možné, aby byla zastávána pouze lidmi z jedné profese*“ (Payne, 2000). Proto je český zdravotnický systém doplněn o odborníky s nezdravotnickými profesemi. Tito specialisté jsou členy takzvaného multidisciplinárního týmu, který zajišťuje komplexní péči o pacienta s těžkým průběhem nemoci. Pozor, ne vždy to musí být péče o pacienta v terminálním stádiu nemoci! Jak je velice často mylně uváděno. V nemocničním prostředí paliativní péče, sestává komplexní multidisciplinární tým ze spolupracujících členů. Tito odborníci spolupracují na poskytování individuálního plánu péče, který zohledňuje potřeby a preference pacienta.

Světová zdravotnická organizace definovala paliativní péči jako: „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější součástí je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (WHO, cit. dle „O organizaci paliativní péče“, 2003, str. 21, URL 31).

Obrázek 5: Komplexní péče o pacienta/klienta MTD týmem



Zdroj: Studijní materiály, vlastní zpracování

Paliativní péče je soubor postupů, který usiluje o zkvalitnění života pacientů, kteří čelí vážným problémům, ať už fyzických či psychických, ohrožujícím jejich život. Snaží se toho docílit prostřednictvím prevence a zmírňováním utrpení, včasnou identifikací, dokonalým zhodnocením a léčbou na nejvyšší úrovni. Pokud je vyžadováno, paliativní péče řeší problémy jak fyzické, psychosociální či duchovní (WHO, 2020, URL 32). V praxi to znamená, že člověka nelze chápat jen jako složení kostí, buněk a tkání, je na něj potřeba nahlížet, jako na komplexní bytost s myšlenkami, touhami a obavami, zasazenou v kontextu rodiny a kolektivu, bytost se zkušenostmi, vědomostmi a vlastní spiritualitou. Nestačí řešit pouze strádání fyzické, nestačí léčit pouze příznaky nemoci, je potřeba věnovat pozornost pacientovi jako člověku, jako samostatné entitě. Pro lidi, kteří procházejí nesnadným obdobím ve svém životě, jako je těžké onemocnění, je tento komplexní přístup od každého z týmu neodmyslitelnou podmínkou, ke zkvalitnění života, který pacientovi zbývá, a to ať

již mluvíme o krátké periodě času, či dlouhodobé rekonvalescenci. Přes sebelepší nastavení léčby bolesti nemůžeme pacientovi zajistit dobrou kvalitu života, pokud žije v nedůstojných podmínkách. Pokud vztáhneme tento příklad na ošetrovatelskou péči, pouze pravidelné návštěvy u klienta, kvalitu jeho života nezlepší. Trápí-li pacienta nevyřešené konflikty v rodině, pokud se trápí vlastními negativními myšlenkami, obavami o špatném průběhu jeho onemocnění, a nemá se komu svěřit, s kým pohovořit je nutné pacientovi pomoci. Je důležité tyto negativní myšlenky ventilovat a sdílet, neboť i toto patří k multidisciplinárním profesím.

Paliativní péče pomáhá řešit celou škálu potřeb: fyzických (dušnost, bolest, mobilizace pacienta, rehabilitace, nevolnost, nemohoucnost), psychických (úzkosti, deprese, truchlení, zášť, agrese), sociálních (ekonomická situace rodiny, socializace pacienta, šikana...) a duchovních (otázky o vyšším bytí, problematika naděje, filozofické otázky týkající se života a smrti), (URL 27).

Jak lze vidět na výše uvedených příkladech, paliativní péče není jen o přípravě pacienta/klienta na důstojný odchod, jak je často v lidmi často mylně vnímáno. Na paliativní péči by mělo být nahlíženo, jako na práci odborníků, kteří se semkli za účelem zkvalitnit klientovi jeho zbývající čas, ať už je jakkoliv dlouhý. Tento tým je tvořen: lékařem, zdravotní sestrou/zdravotnickým záchranářem, sociálním pracovníkem, psychologem, duchovním, fyzioterapeutem, učitelem, aj. V řadě případů a okolností je začleněna i příslušníkovra rodina, jak bylo výše zmíněno s odkazem na Markovou (2010). Jedině tento přístup umožňuje paliativnímu týmu péči o pacienta, poskytnout co nejkomplexněji a s přihlédnutím na všechny jeho potřeby, a to s cílem co nejvíce zkvalitnit jeho úroveň života nehledě na prognózu. Je třeba si uvědomit, že dle definice WHO je paliativní péče velmi široce zaměřené odvětví a již dávno neplatí, že se jedná o péči u geriatrických, nebo onkologických pacientů (URL 27).

2 Případová studie

Na závěr teoretické části méj diplomové práce uvedu stručný popis (ve formě případové studie) krizové doby, kterou si musel projít multidisciplinární tým v méj anonymizované, zkoumané organizaci během pandemie onemocnění covid-19. Tato kapitola bude sloužit jako propojení teoretické a praktické části práce a zároveň čtenáři přiblíží přechod z normální doby do krizové doby. V této části budu čerpat ze svých poznámek v terénním deníku, svých vzpomínek a odborné literatury.

„Případová studie neboli studium na případu je velice účinná studijní metoda, která odráží skutečnou životní (školní, pracovní) situaci nebo problém. Principem metody je skupinové řešení připraveného „případu“, který může být skutečný nebo simulovaný. Metoda je vhodná pro výuku na druhém stupni základních škol, na středních a vyšších odborných školách, používá se též jako výzkumný postup u bakalářských a diplomových prací“ (Sitná, 2013, s. 105).

Dne 12. března 2020, od 14:00 hodin, byl vyhlášen tehdejší vládou České republiky nouzový stav v souvislosti se šířící se pandemií onemocnění covid-19. Nouzový stav byl vyhlášen na dobu 30 dnů s tím, že pokud se situace nezmění, bude stav prodloužen. Vládní opatření se dotkla skrze krizovou komunikaci všech institucí, včetně zdravotnického sektoru. Ministerstvo zdravotnictví vydalo svá vyhlášení, které adaptovalo na nárůst nebo naopak úbytek pacientů, kteří byli nakaženi onemocněním covid-19. Vyhlášky, které byly vydány skrze ministerstvo zdravotnictví, hlavního epidemiologa aj., se dotkly všech zdravotnických organizací v ČR, mnou zkoumané organizace nevyjímaje. Zdravotnické zařízení, které jsem si vybral za zkoumanou entitu, je zařízení, v kterém jsem dlouholetým zaměstnancem. Od prvních zmínek, které se nesly světem a ovlivňovaly naše běžné životy, jsem vnímal, jak je transformována i tato organizace ve smyslu dopady vládních nařízení vs. organizace vs. zaměstnanec. V prvních vlně covidové pandemie bylo pacientů “relativně málo“. Úmrtnost pacientů s onemocněním covid-19 byla dle mého terénního deníku hlavně u pacientů s polymorbiditou či vážnými druhotnými onemocněními. Vzhledem k datům Českého statistického úřadu z roku 2020 je covid-19 stále na 2. místě úmrtnosti. *„Okolo 30 % úmrtí bylo aktuálně zapříčiněno onemocněním srdce, když zdaleka nejčastěji jde o ischemickou chorobu srdeční. Ta byla příčinou 14,8 % úmrtí a loni na ni zemřelo více než 19 tisíc obyvatel Česka. „Druhou nejfrekventovanější příčinu smrti představovaly až do roku 2019 cévní nemoci mozku. V roce 2020 však tuto pozici obsadil covid-19. Ten byl určen jako základní příčina smrti u 10,5 tisíce zemřelých, tedy u 8 % ze všech zemřelých“ (URL 17).* Zde opět pozor na pojmy! (Pletli si je i odborníci zdravotníci při informování veřejnosti o úmrtnosti a smrtnosti v souvislosti s covid-19). Dle portálu NZIP je popsána letalita s smrtnost jako synonymum. Význam slova označuje podíl zemřelých osob, která byla zasažena určitým typem onemocnění nebo je zasažena jiným jevem. Od mortality se tento pojem liší, že mortalita je vztažena k celkové populaci obyvatelstva. Proto můžeme v tisku číst, že například covid-19 měl nízkou mortalitu a vysokou letalitu (nebo právě naopak). (URL 30)

„Příklad 1: K 1. 8. 2020 bylo v ČR zachyceno celkem 16 685 případů covid-19. Ke stejnému datu zemřelo 384 pacientů. Zjednodušeně tak můžeme říct, že letalita onemocnění byla 2,30 %, nicméně je třeba zároveň dodat, že údaj je třeba brát s rezervou: někteří aktuálně nemocní zemřeli i po tomto datu, mnohé případy onemocnění také nemusely být vůbec zachyceny.

Příklad 2: U známého viru Ebola se uvádí průměrná smrtnost kolem 50 %. Hodnoty se nicméně výrazně liší podle toho, kdy a kde epidemie propukla, a to od 25 do 90 %.“ (URL 30)

Velké změny a transformace přinesl přechod první a druhé vlny, která udeřila na území České republiky na začátku roku 2021. V tento čas začaly mutovat dosavadní virové varianty, čili varianta Alfa a Beta. Transformace se začala v posloupnosti označení nazývat variantou Gama. Gama se poprvé vyskytla na území Brazílie v lednu 2021 a s velmi rychlou virulencí prostoupila státy celého světa. V tento moment se v české nejmenované, zdravotnické organizaci (FN) začíná formovat tým profesionálů, který je ochotný v předních liniích (hovorově nazvaném celku profesionálů ve zdravotnictví, kteří nastupovali v prvních vlnách v boji proti onemocnění covid-19) nasazovat své životy, pro dobro ostatních. Odbornou terminologií je to multidisciplinární tým ve zdravotnickém zařízení. Tento tým je sestaven ze zástupců nejrůznějších povolání, který je pro zdravotnická zařízení podobného nebo stejného typu běžný. Konkrétní tým na daném pracovišti byl složen z lékaře, psychologa, staniční sestry, zdravotnického záchranáře, všeobecné sestry, praktické sestry, sociálního pracovníka a duchovního. Dohromady tento tým nastupuje do předních linií, na nově zformovaná oddělení jako je COVID ARO, COVID JIP, plicní oddělení, a jiné, tak aby zabezpečili komplexní péči pro pacienta a jeho rodinu i blízké. Nově sestavená oddělení byla zřízena na odlehle, izolované budově v nemocničním areálu. Oddělení byla zřízena ve spolupráci primáře pro resuscitační péči, hlavního doktora ARO a staniční sestry ARO - děti, vše za souhlasu top managementu organizace. Při prvotním spuštění projektu do provozu se ihned vyskytlo několik úskalí, které musel management nemocnice spolu s MTD týmem řešit. Řešilo se například: Vyšetřování pacientů zobrazovacími metodami, které jsou nepřenositelné a sídlí pouze na hlavní budově CT, MR. Ventilovaní pacienti na UPV museli složitě dojíždět sanitou za doprovodu velkého počtu zdravotnického personálu, z důvodu rizikového převozu. Druhým velkým problémem bylo zasilání infekčního materiálu na laboratorní vyšetření, protože laboratoře jsou opět umístěné v hlavní budově nemocnice. Nakonec se vše vyřešilo sestavením skupiny dobrovolných mediků, kteří obstarávali vše

potřebné ohledně transportu materiálních potřeb z hlavní budovy nemocnice k izolovanému pavilonu, kde sídlil i náš tým. Aby problémů nebylo málo, vize týkající se zabezpečení specializované péče pro pacienty ve vážném stavu v souvislosti s onemocněním covid-19 na oddělení ARO a JIP byla ztížena také každodenními nařízeními (která často měnila obsah nařízení včerejších), které se na tým sypaly doslova jako lavina ze stran vládních orgánů, epidemiologů a organizace. Jen pro představu v lednu roku 2021 bylo vydáno 30 vládních nařízení týkajících se boje s pandemií ze strany poskytovatelů zdravotní a sociální péče. V březnu téhož roku, při vzestupu 2. vlny covid-19, bylo vydáno 51 vládních ustanovení, která se týkala boje s pandemií ze strany poskytovatelů zdravotní a sociální péče. Nárůst legislativních a administrativních povinností v souvislosti s poskytováním služeb je v tomto příkladu tedy více než zřetelný. Snaha vlády a státních zdravotnických orgánů řešit krizovou situaci pandemie zároveň uvalovala na pracovníky ve zdravotnickém sektoru nárok řešit změny, na které se museli aktivně při poskytování péče adaptovat. Jak tato adaptace pracovníků MTD týmu probíhala v praxi a jak ji reflektují sami profesionálové, popisují v empirické části práce.

III. Empirická část

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část práce byla realizována s využitím metodologie kvalitativního výzkumu. Výzkum bude prováděn a veden jako případová studie, která bude podložena polo-strukturovanými rozhovory se zaměstnanci FN. Výběrový vzorek pro rozhovor je z anonymizovaného fakultního nemocničního zařízení v České republice (FN), ve které jsem dlouholetým zaměstnancem. V tomto nemocničním zařízení jsem realizoval výzkumné šetření cestou polo-strukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly směřovány na téma krizového managementu během pandemie covid-19 a problematiky sestavení a souhry činností multidisciplinárního týmu, který byl managementem nemocnice narychlo formován, aby byla dosažena komplexní péče o pacienty a jejich blízké i v době krize. Rozhovory byly vedeny s managementem organizace, členy multidisciplinárního týmu a dalšími zaměstnanci organizace. K rozhovorům byl vybrán jen specifický vzorek respondentů, vhodný pro mou diplomovou práci. Scénáře rozhovorů byly sestaveny pro všechny členy multidisciplinárního týmu stejně. Analýzou dat získaných z rozhovorů jsem formuloval závěry směřující k naplnění cíle práce, kterým je: **identifikace klíčových faktorů při implementaci změny z pohledu pracovníka MDT a jeho následné udržení v týmu, během pandemické krize, onemocnění covid-19.** Data získaná z rozhovorů, odborná literatura, výroční zprávy, webové stránky, oběžník organizace a můj osobní terénní deník jsou primárními zdroji faktických informací použitých v praktické části této diplomové práce.

3.1 Výzkumné šetření

V rámci výzkumného šetření, pro účel získání hloubkových dat s ohledem na cíl práce jsem přistoupil k využití kvalitativního sběru dat.

Hendl (2012) ve své knize uvádí, že kvalitativní výzkum je: „*Proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo zdravotnického problému. Výzkumníkem musí být vytvořen komplexní, holistický obraz. Musí umět analyzovat různé typy textů. Informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Hendl, 2012, s. 48)

V úvodu každé kvalitativní i kvantitativní práce si vedoucí výzkumu musí zvolit typ výzkumu a téma výzkumu, kterému přizpůsobí výzkumné otázky. V mé diplomové práci volím cestu kvalitativního šetření, které spočívá v hloubkovém rozboru zkoumaného problému. Při rozboru dat se budu snažit interpretovat pohledy informantů tím, že se budu

snažit přejímat i jejich perspektivu, jak radí Hendl (Hendl, 2008). Kvalitativní typ výzkumu lze pojmenovat jako “pružný“ typ výzkumu. Je to z důvodu, že výzkumník může v průběhu výzkumu, během sběru dat nebo analýzy odpovědí, otázky doplňovat, či přizpůsobovat. Výzkumník provádí šetření, získává a rozebírá nabitě informace, které směřují badatele k vyhodnocení a objasnění výzkumných otázek. Na základě těchto úkonů výzkumník provádí deduktivní a induktivní závěry, které mohou být užitečné v praxi. Hlavním úkolem je vysvětlit, proč lidé v daném prostředí a situaci jednají způsobem, kterým jednají, co je k tomu vedlo, jaké byly okolnosti. Sběr dat a jejich následná analýza probíhá v delším časovém intervalu (Hendl, 2012).

3.2 Proces sběru dat a kódování polo-strukturovaných rozhovorů

Polo - strukturované rozhovory byly vedeny mezi roky 2022 a 2023. Výhodou výzkumníka z pohledu pozicionality je, že může vybrat výzkumný postup. Pro mne byl této postup jednoduchý. Spočíval v oslovení informanta s žádostí o rozhovor. Jakmile participant souhlasil, domluvili jsme místo a konání interview. Rozhovory byly vždy vedeny v osobní přítomnosti. Při případné indispozici informanta by byly rozhovory vedeny skrze oficiální e-komunikační platformy Microsoft Teams. Rozhovory byly dlouhé mezi 30 – 60 minutami. Interview bylo vedeno dle scénáře, který byl mnou předem sestaven, v souladu se záměrem naplnit hlavní cíl, kterým je: **identifikace klíčových faktorů při implementaci změny z pohledu pracovníka MDT a jeho následné udržení v týmu, během pandemické krize, onemocnění covid-19.** Popřípadě naplnit dílčí cíle. Scénář, tedy strukturu rozhovorů, lze najít v příloze A této diplomové práce. Dotazovaní respondenti byli rozdílně sdílní. Některým stačilo pouze položit otázku a data se sbírala takřka sama, jiní o tématu nemluvili příliš otevřeně. Ať už tomu bylo jakkoliv, během rozhovorů jsem se snažil udržet neutralnost a nemanipulovat s nově nabytými daty, tedy snažil jsem se udržet neutrální pozicionalitu “outsidera“. U výzkumů kvalitativního rázu je vždy stěžejní vztah výzkumníka ke zkoumané realitě. Výzkumník může být insider nebo outsider. *„Pozice insidera či outsidera zde není zkoumána na vstupu, nýbrž v procesu výzkumu, a zejména po jeho ukončení. Insider je někdo, kdo se výzkumem nechal ovlivnit, outsider naopak zůstal neovlivněn“* (URL 18, str. 45). Jednoduchost v přístupu ke spolupracujícím informantům byla z pohledu pozicionality vykoupena možnou slabinou výzkumu, kterou bylo prostředí mého „domácího pracoviště“ a předchozí osobní pracovní vztahy s informanty. Byl jsem si vědom rizika zkreslení přijetí i následné interpretace informací a snažil se vědomě o zachování maximální možné neutrality při sběru i analýze dat. V případech, kdy informant

nerozuměli otázce, či tápali, jsem se pouze snažil doplnit nutnou terminologii. Všichni ze zúčastněných participantů byli předem obeznámeni s tím, že rozhovory budou plně anonymizovány a stejně tak i jejich účast na výzkumu. Dále jsem je ujistil, že pokud budou pociťovat během rozhovorů jakýkoliv diskomfort ve mnou kladených otázkách, nejsou nuceni odpovídat. Všechny informanty jsem předem srozuměl i s faktem, že naše setkání bude nahráváno na diktafon a zeptal jsem se, zdali k tomu udělují svůj souhlas (papírovou viz. Příloha D nebo ústní formou) a všichni souhlasili. V průběhu všech rozhovorů s informanty nevznikl žádný problém a všichni respondenti byli ochotni dokončit své interview.

Po předložení náležitostí, jako byl souhlas s výzkumem a představení mého výzkumu jsme přešli ke sběru dat. Rozhovory jsem nahrával skrze aplikaci Diktafon, do mého osobního mobilního zařízení značky Apple nebo Samsung. Po ukončení rozhovoru jsem poděkoval a naše setkání ukončil. Doma nebo v mé kanceláři jsem přistoupil k přepisu dat do více čitelné formy (papírové/dokument Word). Z této formy jsem dále analyzoval data. Proces kódování polo-strukturovaných rozhovorů spočívá v tom, že jsem přidělil kódy na nejvíce se opakující témata z výpovědí informantů. *„Kódem se rozumí symbol, který výzkumník přiřadí údaj, jenž vystupuje jako hodnota kvalitativní proměnné za účelem standardizace zápisu v tabulce. Kódem mohou být písmena, číslice nebo určité značky“* (Petrušek 1996, s 493). Kódování probíhalo tak, aby bylo v souladu s mým výzkumným cílem, kterým je **identifikace klíčových faktorů při implementaci změny z pohledu pracovníka MDT a jeho následné udržení v týmu, během pandemické krize, onemocnění covid-19**. Tímto postupem mi vyšla data, která se nejvíce opakovala (z odpovědí informantů), a ta jsem posléze využil pro svůj výzkum. Výzkum byl rizikový v tom, že by participanté mohli rozhovor z důvodu delikátnosti tématu chtít odmítnout, z důvodu možných negativních vzpomínek na stresové chvíle, kolegy, častou smrtlost pacientů aj. Velké poděkování zde patří panu vedoucímu (staniční sestře) mého „domovského oddělení“, který, kromě toho, že souhlasil s realizací mého výzkumného šetření, mi pomohl zprostředkovat rozhovory i u ostatních participantů.

Jsem si plně vědom toho, že se v žádném případě nejedná o reprezentativní šetření, nýbrž o kvalitativní sondu do oblasti podmínek v době krize, týkající se multidisciplinárního týmu v organizaci. Výsledky šetření by tedy neměly být generalizovány na celou zkoumanou oblast zdravotních a sociálních služeb, ale mají přispět k objasnění toho, jak jednotliví členové MDT týmu vnímali a následně interpretovali svou zkušenost profesionálů při péči

o pacienty v období pandemie covid -19. Výsledek výzkumu, kterým je formulace faktorů, které zásadně ovlivňují funkci MTD týmu v krizovém období, lze použít jako doporučení pro management nemocnice, při dalších podobných krizových stavech. Informanti pocházeli z více oddělení dané organizace. Mým cílem bylo zrealizovat prvotní sondu do problematiky pracovních podmínek MTD týmu v krizi. Podobný výzkum nebyl zatím v organizaci realizován a já osobně doufám, že při další obdobné krizi, která zcela určitě někdy zkoumanou organizaci zasáhne, bude instituce díky této práci a mému výzkumu realizovat své kroky s lepší připraveností. Doufám, že práce bude pro organizaci přínosem. V následující části práce zpracovávám vyhodnocení polo-strukturovaných rozhovorů.

3.3 Zkoumaný vzorek multidisciplinárního týmu

Zkoumaným vzorkem pro moji diplomovou práci se stává multidisciplinární tým ve velkém zdravotnickém zařízení v České republice. Názor Žižlavského (2003) je, že zkoumaný vzorek je ten, jehož schopnosti, vlastnosti, vjemy a pocity chceme zkoumat. V mém výzkumu to jsou tedy participanti MDT, kteří si s sebou odnášejí jejich unikátní zkušenosti.

Každý jednotlivý participant má v organizaci jinak dlouhou praxi a jinak vysoký sjednaný typ pracovního úvazku. Každý v MTD týmu má také jinou specializaci a jinou odbornost. Pro sumarizaci výběrového vzorku budu jmenovat jejich pracovní pozici, označím je kódem R1 až Rxy, uvedu jejich pohlaví, věk (pouze kategoricky <35let) a uvedu jejich délku praxe v jejich oboru. Vše bude zobrazeno v následující tabulce č. 4. Setkávání hlavních členů multidisciplinárního týmu probíhá za normálních podmínek 2x týdně v pravidelné časy.

Tabulka 2: Zkoumaný vzorek

Pracovní pozice	Přidělené kódování	Pohlaví	Věk	Délka praxe
Lékař	R1	Muž	<35 let	6 let
Psycholog	R2	Žena	<35 let	31 let
Zdravotnický záchranář	R3	Muž	>35 let	5 let
Staniční sestra	R4	Muž	<35 let	25 let
Praktická sestra	R5	Žena	>35 let	3 roky
Sociální pracovník	R6	Žena	<35 let	12 let
Kněz	R7	Muž	<35 let	7 let

Zdroj: vlastní tvorba

3.4 Realizace sběru dat

Mým primárním cílem bylo, aby z každé profese, která je součástí multidisciplinárního týmu v organizaci, se výzkumného šetření zúčastnil alespoň jeden zástupce dané profese, kterou rozebírám v teoretické části práce. Účelově vybraný vzorek se skládal z respondentů, kteří byli příslušníky mnou zkoumaného výzkumného problému. Výběr probíhal záměrně s ohledem na zkoumaný jev. Disman (2000, str. 112): účelový výběr je výběr, který: „*Je založen pouze na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno, a o tom, co je možné pozorovat.*“ Tým zdravotnického zařízení byl záměrně vybrán, protože jsem jeho aktivním zaměstnancem a chci pomáhat zlepšení jeho výkonosti.

Staniční sestra, která mi pomohla kontaktovat i ostatní zaměstnance FN se stala nedílnou součástí mého procesu výzkumu. Tato osoba se nadále stala mým styčným důstojníkem, rádcem a průvodcem skrze problematiku multidisciplinárního týmu. Výběrový vzorek jsem sestavil sám dle mého uvážení, ale s doporučením od staniční sestry. Jelikož se zkoumaný tým již rozpadl a nadále se neschází, nebylo možné zastihnout členy na jejich pravidelných meetinzích. Musel jsem zjistit skrze staniční sestru, která byla zároveň manažerem a tvůrcem COVID ARO v naší organizaci, kdo byl v multidisciplinárním týmu v “době covidové“ na jeho oddělení. Tento úkol byl schůdnější, než jsem očekával, jelikož pan staniční má celý průběh dané doby pevně vrytý do paměti. Od mého styčného důstojníka jsem získal kontakty na dané osoby. V případech, kdy jsem neznal dané specialisty osobně, jsem je oslovil skrze elektronickou poštu naší organizace. V případě, kdy jsem znal členy týmu osobně, oslovil jsem členy týmu metodou “face to face“ (krátkou formulací mého výzkumného cíle tak, aby mu všichni porozuměli) na denních službách nebo po skončení směny, abych zaměstnance nevyrušoval při jejich výkonu práce. S rozhovory souhlasili tito oboroví účastníci: Lékař, psycholog, staniční sestra, zdravotnický záchranář, praktická sestra, sociální pracovník a kněz. V tabulce č. 4 je uveden podrobný popis k daným účastníkům.

Při oslovení každého z účastníků jsem předložil souhlas s prováděním kvalitativního výzkumu v organizaci (Příloha C), který mi byl udělen pro můj osobní výzkum, který budu prezentovat na naší katedře, v souvislosti s mojí diplomovou prací. Souhlas mi byl udělen vrchní sestrou a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči v naší organizaci. Dokument je plně anonymizovaný k nalezení v Příloze C diplomové práce.

Když participanti souhlasili, domluvili jsme dané datum a čas pro provedení interview. Místo se většinou lišilo. Respondentům jsem vycházel vstříc a dal jsem jim možnosti výběru pro místo k rozhovoru. 5 respondentů si vybralo své vlastní místo pro rozhovor. 2 respondenti chtěli, abych prostory vybral já. V případě 5 respondentů se rozhovory odehrály v jejich pracovních kancelářích. V případě 2 respondentů se rozhovory odehrály na mém oddělení, kde jsem zaměstnancem, v konferenční místnosti. Z mého úhlu pohledu byli všichni spokojeni.

Při příchodu na dané místo jsem se snažil navodit dobrou atmosféru, skrze vřelý pozdrav, uvítání a komplimenty. Před zahájením rozhovoru samotného jsem vždy participanty požádal o souhlas s nahráváním na diktafon v mém osobním mobilním telefonu skrze aplikaci Diktafon. Účastníci výzkumu byli obeznámeni s tím, že mají plnou svobodu kdykoliv od výzkumu odstoupit a v případě nevole neodpovídat na jakékoliv otázky. Informoval jsem je, že jak jejich výpovědi a získaná data, tak oni i organizace budou plně pod záštitou anonymizace. Délka jednotlivých rozhovorů byla vždy jiná. Průměrná doba se pohybovala okolo 45 minut. Nejkratší rozhovor byl 27 minut, nejdelší 58 minut. Žádný z rozhovorů nepřesáhl hodinu.

3.5 Výzkumná etika

Být výzkumníkem s sebou nese i určitá pravidla, kterými se musíme řídit. V této sekci se budu zabývat etickými pravidly, na která se výzkumník musí připravit. Příprava začíná již před výzkumem samotným. Ve fázi příprav získáváme souhlasy s výzkumem a informovaný souhlas respondentů s výzkumem. Při interview samotném je to svoboda odmítnutí, emoční bezpečí a anonymita. Pro svůj výzkum jsem vybral několik pravidel dle Hendla (2008), který popisuje etické zásady pro společenskovední výzkum. Výběr těchto pravidel je obsažen právě v mém výzkumu.

Povolání k výzkumu od organizace: Výzkumník má povinnost seznámit organizaci, v které bude výzkum prováděn. Povolání by mělo obsahovat informace o tématu, výzkumném vzorku, výstupech, čase, kdy a kde bude výzkum prováděn a případných dopadech pro organizaci. Povolání s výzkumem v organizaci lze nalézt v příloze 1.

Informovaný souhlas: Výzkumník má povinnost seznámit participanty s obsahem jeho výzkumu, informovat ho o způsobu získávání dat, způsobu zaznamenávání rozhovoru a k jakým výstupům a cílům jeho výpovědi povedou. K tomu všemu musí dát respondent svůj dobrovolný, souhlas. Souhlas musí být v ústní či písemné formě.

Anonymita: Před uskutečněním rozhovorů musí být vedoucím interview upozorněno, že účast participanta nebude za žádných okolností odhalena během realizace výzkumu, při vyhodnocování výsledků výzkumu, ani po zveřejnění dat v diplomové práci. Vždy jsem ujistil informanty, že jejich data jsou u mne v bezpečí a mohou proto mluvit otevřeně. Shromážděná data jsem založil do svých složek a po ukončení diplomové práce budou nadobro zničena.

Celkový komfort: V profesionálně vedených rozhovorech se často narazí na osobně zabarvená témata. Výzkumník musí být citlivý, empatický, emočně náročnějších témat si povšimnout a adekvátně na ně reagovat. Jedním z příkladů je pozorné naslouchání, přímý oční kontakt, chápavá řeč těla a korektní slovní odpověď. V žádném z případů nesmí vedoucí rozhovoru hodnotit nebo dokonce odsuzovat postoj respondenta. Situací, kterou popisuje, si zažil subjektivně jen on sám a za hodinový rozhovor nemůžeme znát všechny detaily a okolnosti.

Svoboda odmítnutí: Tím je myšleno, že participanti na výzkumu musejí být předem, v průběhu a na konci vedených rozhovorů informováni, že kdykoliv bude respondent chtít, může od rozhovoru odstoupit a žádné z nasbíraných dat nebude použito. Participanti musejí mít dobrovolnou účast na výzkumu. Ukončení výzkumu není omezeno sankcemi. (Osobní poznámky FHS, Hendl, 2008)

3.6 Operacionalizace

Žižlavský (2003), přirovnává proces operacionalizace k postupu, ve kterém se jazyk teorie převádí do jazyka proměnných. Dá se tedy říci, že jde o převod často složitých teoretických konstruktů do empiricky měřitelné podoby. Těmto konstruktům se procesu operacionalizace přidělují kódy, takzvané empirické indikátory. V mé diplomové práci je můžete nalézt v Tabulce operacionalizace (Příloha B).

Cílem diplomové práce je zodpovězení hlavní výzkumné otázky, která zní: ***Jaké byly klíčové faktory při implementaci změny a udržení pracovníka v MTD týmu ve zdravotnickém zařízení, během pandemické krize, onemocnění covid-19?*** V návaznosti na výše uvedenou teorii o rolích a fungování multidisciplinárního týmu jsem vytvořil další vedlejší výzkumné otázky (VVO), které doplňují naše zkoumané téma a slouží jako opora hlavnímu zkoumanému cíli: **Identifikace klíčových faktorů při implementaci změny z pohledu pracovníka MDT a jeho následné udržení v týmu, během pandemické krize, onemocnění covid-19.**

Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka: *Jaké byly klíčové faktory při implementaci změny a udržení pracovníka v týmu MDT ve zdravotnickém zařízení, během pandemické krize onemocnění covid-19?*

Vedlejší výzkumná otázka 1: *Jak jste se Vy a Vaši kolegové v MDT dokázali adaptovat na nově vzniklá, krizová opatření spojená s pandemií onemocnění covid-19?*

Vedlejší výzkumná otázka 2a: *Jaká očekávání měli členi týmu od náplně práce v MDT ve zdravotnickém zařízení v době pandemie, směrem k pacientovi?*

Vedlejší výzkumná otázka 2b: *Jaká očekávání měli členi týmu od náplně práce v MDT ve zdravotnickém zařízení v době pandemie, směrem ke svým spolupracovníkům?*

Vedlejší výzkumná otázka 3: *Jak bylo subjektivně vnímáno vykonávání práce člena MDT v "době covidové" v porovnání s dobou mimo pandemii?*

Vedlejší výzkumná otázka 4: *Co Vás osobně motivovalo k výkonu práce a setrvání v MDT v krizových momentech pandemie nebo naopak demotivovalo?*

Výzkumné cíle

Hlavní cíl: Identifikace klíčových faktorů při implementaci změny z pohledu pracovníka MDT a jeho následné udržení v týmu, během pandemické krize, onemocnění covid-19.

Dílčí cíl 1: Identifikace přijetí změny zaměstnancem v počátcích pandemické krize.

Dílčí cíl 2a: Identifikace očekávání členů týmu ve zdravotnických službách týkající se náplně práce v pandemické době směrem k pacientům.

Dílčí cíl 2b: Identifikace sociálních očekávání od členů MTD týmu v pandemické době.

Dílčí cíl 3: Subjektivní srovnání výkonu práce člena MDT v době krize a mimo ní.

Dílčí cíl 4: Identifikace prvků motivace u zaměstnanců v MTD týmu v době krize.

Rozbor výzkumných otázek

Hlavní výzkumná otázka se zabývá problematikou implementace změny v MTD týmu v době pandemické krize. Tato otázka je pro můj výzkum stěžejní a vedlejší otázky jsou jí podřazené a podpůrné. Otázka je myšlena, aby se pracovníci v MTD týmu zamysleli nad

problematikou změny v týmu a jak byla jejich práce ovlivněna implementací změny. Je důležité pochopit, že člověk je entitou, zvyklou vykonávat své rutinní činnosti a pokud je vytržen ze svého přirozeného prostředí, je možné, že bude vystaven stresové/profesionální/osobní zátěži, která může i nemusí ovlivnit jeho osobní i profesní život. „*Čas jedince je možné rozdělit na čas pracovní, který vymezuje jako vlastní pracovní činnost jedince – zaměstnání, a čas mimopracovní. Čas mimopracovní se dále dělí na vázaný a volný. Přičemž čas vázaný zahrnuje rutinní, opakující se činnosti, které souvisí se zachováním biofyziologické existence jedince a uchováním jeho psychiky a sociálního minisystému (chod rodiny a domácnosti) a dále různé mimopracovní povinnosti. V souvislosti s pracovním zařazením, ale u některých jedinců dochází k jevu splynutí času pracovního i mimopracovního a rutinním se stává celý denní cyklus jedince*“ (Tuček, 2003, s 428, 435). Proto ve své diplomové práci přikládám této otázce nejvyšší prioritu a nutnost zjistit na problematiku odpovědi skrze své informanty.

První vedlejší otázka se zabývá adaptací jedince na náhle vzniklou změnu. Obecně pojem adaptace, jak si význam slova představuji i já, znamená přizpůsobení se prostředí. Jedná se o proces interakce jedince s prostředím, ve kterém se zkoumaný vzorek vyrovnává se změnami ve svém blízkém nebo pracovním okolí a přizpůsobuje se mu, včleňuje se do něj. Palán (2002) separuje adaptaci na pasivní, kdy se člověk přizpůsobuje vnějšímu prostředí a na adaptaci aktivní, která spočívá v přizpůsobování se, směřující k souladu s jejími potřebami a nově vzniklým prostředím. Bedrnová (2002) chápe adaptaci jako proces aktivního přizpůsobování člověka životním podmínkám a jejich změnám (tento model je více aplikovatelný na moji práci). Člověk se dle jejich názoru aktivně snaží si tyto podmínky přizpůsobit svým potřebám, zájmům, hodnotám či cílům. VVO1 se bude snažit zodpovědět první vedlejší výzkumný cíl, kterým je: identifikace přijetí změny zaměstnancem v počátcích pandemické krize. Tedy jak se člověk v MDT dokázal adaptovat/vyrovňovat s náhle vzniklou pandemickou krizí.

Druhá vedlejší otázka je rozdělena na dvě části. V této otázce výzkumník stanovil předem připravené atributy, které dle jeho názoru a dle odborné literatury má splňovat člen multidisciplinárního týmu v průměrném zdravotnickém zařízení. Z rozhovorů vyhodnotím, jaké odpovědi se shodují s mými připravenými atributy, a uvedu je, jako primárně vnímané kvality, které by měl člen splňovat, aby zabezpečil komplexní péči o pacienta. Druhá část této otázky je totožná, akorát se zaměřením na své kolegy v MDT (bez výzkumníkových atributů).

Třetí vedlejší, podpůrná výzkumná otázka se týká subjektivního srovnání výkonu práce zaměstnanců v MDT. Porovnávaná bude doba v pandemické krizi onemocnění covid-19, kterou jsem pro kratší pojmenování nazval “dobou covidovou“ a doba mimo pandemickou krizi, tedy doba za normálního, standardního fungování MDT ve zdravotnickém zařízení. Dále bych v této otázce rád zjistil, zdali implementované změny nějak dokážou otřást s loajalitou zaměstnance vůči jeho organizaci.

Čtvrtá a poslední vedlejší výzkumná otázka se ptá na motivaci u zaměstnanců MDT v pandemické době. V této otázce je samozřejmě zakomponován i demotivační aspekt výkonu práce v MDT v době krize. Otázkou je míněno, jaké abstraktní či materiální prvky mohou být největším motivátorem k výkonu práce v prvních liniích, v boji proti života ohrožující nemoci. Tato otázka je stejně jako otázka VVO2 předem připravena výzkumníkem tak, že výzkumník předpokládá určitý výstup ohledně motivace zaměstnance v krizi. Výstupem této otázky je srovnání očekávání a výpovědí informantů. Zdali informanti mají stejnou primární motivaci jako výzkumník.

4 INTERPRETACE A ANALÝZA DAT

V empirické části budu svá získaná data shromažďovat a analyzovat tak, aby byla schopna interpretace. Data jsou sbírána skrze metodu hloubkových polo-strukturovaných rozhovorů se sedmi informanty, kteří jsou zaměstnanci v mnou vybraném zdravotnickém zařízení. Z analýzy, kterou následně popíši, vplynuly kategorie, které budou samostatně rozebrány u daných vedlejších výzkumných otázek. Kapitola bude strukturovaná dle dílčích výzkumných otázek do podkapitol. Selektce těchto vedlejších výzkumných otázek, nakonec povede k zodpovězení hlavní výzkumné otázky: *„Jaké byly klíčové faktory při implementaci změny a udržení pracovníka v týmu MDT ve zdravotnickém zařízení, během pandemické krize onemocnění covid-19?“*, a tím i k naplnění hlavního výzkumného cíle, kterým je: **Identifikace klíčových faktorů při implementaci změny z pohledu pracovníka MDT a jeho následné udržení v týmu, během pandemické krize, onemocnění covid-19.**

4.1 Adaptace na krizová opatření v prvních vlnách pandemie covid-19.

První vedlejší výzkumná otázka: *„Jak jste se Vy a Vaši kolegové v MDT dokázali adaptovat na nově vzniklá, krizová opatření spojená s pandemií onemocnění covid-19?“*, se ptá na změnu, která byla provedena organizací v pandemické krizi na přelomu roku 2020-2021. Změnou je myšleno, jaké profesní a personální úpravy byly učiněné s ohledem na zaměstnance, po vyhlášení nouzového stavu a dalších vládních i organizačních omezeních. Dále jak rychle tyto změny proběhly a jak se na ně zaměstnanci z jejich úhlu pohledu, museli adaptovat.

4.1.1 Schopnost adaptace zaměstnance na změnu v krizi u zdravotnických pracovníků V MDT

U zdravotnických pracovníků nebyla shledána týmem žádná opatření, která by dělala problémy jak při vykonávání své profesní funkce, tak ze stran organizačních. Informanti uváděli, že se jim zdál přechod z jejich původního pracoviště na pracoviště kriticky postižených velice rychlý, zdařilý a nemocniční zařízení jim v organizačních věcech, které museli podniknout za velmi zkrácený čas, vyšla vstříc. Cituji R3 : [...], *„Šli jsme tam všichni dobrovolně, ale i tak musím říci, že obava z neznámého, co vás může zabít byla veliká. Na druhou stranu to takhle měl celý svět. Z mého pohledu musím říci, že jsem měl k dispozici vše, co bylo potřeba, od ochranných pomůcek, po věci k výkonu mé profese. Organizace se dle mého soudu s přechodem vypořádala velmi obstojně.“* R2 uvádí: [...] *„Naše setkání*

s týmem byly omezenější, než za doby mimo pandemii, co šlo, vyřešili jsme telefonicky, nebo online konferencí. V naší profesi je ale vzdáleným kontaktem k řešení jen malé procento věcí. Když jsem šla první den do služby, po vyhlášení pandemického stavu, nervózní jsem byla, ale postupem času to přešlo. Od organizace jsme dostali vše potřebné a informace o pandemickém dění jsem si většinou aktivně vyhledávala sama, až mne to po nějaké chvíli přestalo bavit. Přišlo mi to už jako medii řízená paranoia. “ Ostatní respondenti odpověděli podobně, že u ostatních kolegů neviděli větší problémy s přechodem a adaptací na nová nařízení. Osobně se domnívám, že zdravotnický pracovník, který je zvyklý pracovat na specializovaných pracovištích je s pandemickými postupy a hygienicko-epidemiologickými opatřeními velmi dobře obeznámen, protože je čas od času využívá ve své praxi. Stres je tedy u těchto pracovníků na nižší pravděpodobnostní úrovni, nežli u zdravotně sociálních pracovníků, kteří povětšinou přichází do kontaktu s pacientem pouze na odděleních standardizované péče nebo s jeho rodinou, která je nejspíše bez příznaků nakažlivých onemocnění.

4.1.2. Schopnost adaptace zaměstnance na změnu v krizi u zdravotně-sociálních a nezdravotnických pracovníků v MDT

V rozhovorech byla výzkumná otázka č.14 : Zdali někomu přišli jeho kolegové nějak psychicky či fyzicky zasaženi natolik, že to ovlivňovalo jejich výkon práce? 6 informantů ze 7 odpovědělo, že si žádné takové změny nevšimlo. 1 informant uvedl, že viděl na zdravotně-sociálním pracovníkovi, který byl vyžádán ke konziliu, že byl velmi nesvůj, když měl plnit své povinnosti během pandemického dění. Cituji: [...] „*Všichni jsme měli strach, já osobně kvůli své rodině, protože nikdo nevěděl, co přinese domů, ale na tomto konkrétním případě jsem viděl, že byl strach více než očividný a dotyčný hledal okliky, jak se kontaktu s nakaženými vyhnout.*“ Myslím, že šlo o případ, kdy nově vzniklá změna a nedostatek informací, možná i nedostatek materiálních potřeb, vedly k tomu, že zaměstnanec měl strach u vykonávání své běžné praxe. Což potvrdil další informant, který uvedl: [...] „*Byli jsme do toho všichni hozeni, jak se říká po hlavě a každý z nás zkoušel štěstí, co zabere a co ne.*“ Na tomto případě je vidět, že pracovník, který má menší kontakt s nakaženými může být více náchylný k stresovým vypětím, a to ze situace, kterou nezná. Znovu se zde odkazuji na Boháčka (2020), kterého parafrázuji i v teoretické části práce, že vzhledem k různým a mnohdy i rozporuplným subjektivním očekáváním jedince, je složité zvládnout roli tak, aby byla naplněna všechna očekávání (Boháček, 2020). Možná šlo jen o subjektivní dojem jednoho z informantů, protože dotyčný ve svém interview uvedl, že se mu nic zvláštního na

ostatních z týmu nezdálo. Ale přece jen dodává, že: [...] „*Uvítala bych od organizace možnost využití peer konzultací. Během celého mého působení v týmu jsem o této nabídce ze strany organizace neslyšela.*“ Při mém letmo mířeném dotazu, zdali měl v průběhu pandemie daný informant z něčeho strach, uvedl, že: [...] „*Byla to dezinformovanost a strach o své blízké.*“ Zde je nutné, aby se organizace jako celek, snažila co nejdříve zajistit jakékoliv, dostupné informace, ochranné pomůcky a delegovala je svým zaměstnancům v prvních liniích. V boji s něčím neznámým jsou informace nejcennější ze všech dostupných zdrojů. R7 říká, že: [...] „*Strach jsem měl, ale spíše o druhé, myslím, že adaptace proběhla z mojí strany bez komplikací. Kolegové byli ve všem nápomocni a organizace také.*“

4.1.3 Shrnutí VVO1

Z VVO1 vyplynulo, že z pohledu zaměstnance se organizace dokázala postarat o své zaměstnance důkladně, co se týče materiálního zásobení, informativního zásobení a komunikace mezi organizací i zaměstnanci probíhala na úrovni, která vyhovovala všem z MDT. Subjektivně byl popsán jeden případ, kdy měl zaměstnanec strach z kontaktu s rizikovými pacienty, nejspíše z důvodu nedostatku informací a z dopadů nárůstu na své blízké. Doporučení, která z této analýzy vyvstávají, jsou: Více informovat přední zaměstnance v rizikových oblastech (nejvíce ty, kteří nejsou na práci s rizikovými kontakty zvyklí v denním režimu). Dále více zapojit zaměstnance MDT a předních liniích do péče o zaměstnance, skrze psychosociální pomoc. Například psycholog, peer konzultant, intervent aj.

4.2 Očekávání členů od náplně práce v MDT ve zdravotnickém zařízení v době pandemie a mimo ní, směrem k pacientovi

Druhá výzkumná otázka: „*Jaká očekávání měli členi týmu od náplně práce v MDT ve zdravotnickém zařízení v době pandemie, směrem k pacientovi?*“ bude rozdělena na VVO2a a VVO2b, z důvodu obdobného obsahu zkoumání. V otázce s kódem VVO2, byly účastníkům kladené otázky, které směřovaly k tomu, zdali účastníci výzkumného šetření ví, co by měla být hlavní náplň práce jejich profese v multidisciplinárním týmu ve zdravotnickém zařízení ve smyslu péče o pacienta a co očekávají od práce jejich kolegů v týmu. Informanti byli dotazováni, zdali jejich kolegové dle jejich soudu naplňovali plně své pracovní povinnosti vůči pacientům/klientům, ale i jim samým. Zdali tým fungoval jako tým.

Všichni respondenti uvedli ve svých odpovědích, co očekávají od svých kolegů v jejich práci směřované k pacientům, klientům nebo jejich blízkým. V následujících podkapitolách popíši, jaké kvality respondenti vyjmenovali, sestupně od nejčastější výpovědi po nejméně zmiňovanou. První budou popsány odpovědi, které se týkaly výpovědi směrem k práci s pacienty.

4.2.1 Schopnost komunikace na všech úrovních a předávání informací

První věc, kterou jednotlivci očekávají od svých kolegů v týmu, je schopnost komunikace. Shodné výpovědi měli R1, R2, R4, R5, R6 a R7 (vždy v mírně odlišných zněních, avšak obsahově shodné). Respondenti uváděli schopnost komunikace, schopnost získávat i předávat informace. Dle asociace poskytovatelů paliativní péče (2016) je schopnost komunikace s pacientem, rodinou a příbuznými velmi důležitá věc. Tato schopnost je srovnatelně důležitá, jako umění léčit. Naučit by se ji měl každý člen v týmu. Každá profese v multidisciplinárním týmu je odlišná a porozumění jeden druhému není možné, pokud si nebudou členové schopni validně předávat veškeré podstatné informace.

Všichni respondenti si všímají faktu, že komunikační dovednosti dominují v účelnosti. Například R1 uvádí, že: *„Člověk se nesmí cítit jako před porotou nebo jako na výslechu. Je důležité umět položit pacientovi správnou otázku a je důležité si před rozhovorem s kriticky postiženou osobou nebo jejími blízkými trochu rozhovor natrénovat. Já osobně to tak dělám.“* Toto tvrzení zde uvádím, protože příprava na rozhovor s pacientem, klientem nebo jeho rodinou je z mého pohledu stejně důležitá, jako například klinické nálezy. Pokud budou špatně nebo nedostatečně sděleny pacientovi, klientovi nebo jejich rodině informace, může to mít fatální důsledky na jejich následující stav a na průběh nemoci. Psychická pohoda a vyrovnanost je stejně důležitá, jako fyzická. S tvrzením R1 se plně ztotožňuji a využívám stejné metody přípravy i u všech svých jednání s pacienty.

R2 uvedl zajímavou věc v oblasti komunikace, kterou mnoho profesionálů ve své praxi nedělá, ale uvádím ji, protože přístup tohoto respondenta se jeví jako velmi chytrý a správný. [...] *„V nemocnici se člověk dostane do kontaktu s obrovským spektrem lidí. Já osobně jsem si vytvořila schopnost naslouchat danému člověku, analyzovat jeho způsob mluvy a posléze se snažím vyjít mu vstříc alespoň tím, že na něj mluvím stejným stylem, jako on na mne. Například s člověkem bez domova, který není příliš vzdělaný, nebudu mluvit jako s vysokoškolským profesorem a naopak. Mohu vám říct, že ten způsob komunikace fakt*

funguje. Lidé se vám více otevřou a dokáží i více konverzovat. “ Tato komunikační zdatnost by měla být vlastní všem pracovníkům zdravotnických i sociálních zařízení.

Podobnou odpověď uvedl R6, pro kterého je důležitý, cituji: „*selský rozum.*“ Pro zdravotně-sociálního pracovníka je důležité umět informace zhodnotit, propojit a předat dál. Pokud mohu soudit ze své praxe na oddělení, tento pracovník si musí osvojit dovednosti v hloubkových rozhovorech a být si jistý tím, jaké konkrétní otázky bude pokládat. Tím docílí pracovník požadované důvěry od pacienta, klienta či jeho blízkých a sbíraná data mohou být co nejpřesnější.

Výčet dalších vlastností, které uváděli respondenti, sumarizují do této kapitoly. U následujících kvalit, které očekává jeden pracovník od druhého v týmu, se participanti již více rozcházel, než v nynější podkapitole.

4.2.2 Profesionalita

Druhou nejčastější odpovědí respondentů byla úroveň profesionality. R4 jmenoval profesionalitu víckrát a bere ji jako něco naprosto samozřejmého v našich profesích. Od každého z respondentů zazněly jejich názory, týkající se profesionality. Výslovně ji ve svých odpovědích uvedli respondenti R1, R2, R4, R6 a R7. R4 dále uvádí: [...] „*Já měl tu výhodu, že při formování COVIDového oddělení, jsem byl obklopen pouze profesionály, kteří se všichni dokázali semknout a táhnout za jeden provaz, za účelem vytvoření něčeho nového, neznámého, co muselo fungovat. Pro mne osobně to bylo jedno z nejpřínosnějších období v profesním životě.*“ Příkladů, které respondenti uvedli, bylo mnoho, vybral jsem ještě úryvek z interview R7, který tvrdí, že ačkoliv se cítil být na okraji týmu: [...] „*Vždy se ke mne ostatní chovali důstojně a profesionálně. Moje vnitřní pohoda se pak samozřejmě odrážela i na mém výkonu práce s klienty.*“ Zde je vidět, že týmovost, která je popsána v teoretické části práce, je reflektující na práci s pacienty/klienty.

4.2.3 Empatie

Třetí nejvíce uváděnou vlastností byla Empatie. Uvedl ji R1, R2, R6 a R7. Tito respondenti považují za esenciální, aby člověk, profesionál ve svém oboru, se dokázal vcítit do pocitů jiných lidí a tím porozuměl jádru problému. R1 uvedl, že: „*Určitou dávkou empatie by měl disponovat každý, kdo pracuje ve zdravotnictví, jinak by si měl hledat jiný pracovní obor.*“ R7, který měl dle jeho slov asi nejvíce práce za svou dosavadní praxi uvedl, že : „*Empatie je pro mě jednou z nejvýznamnějších věcí oboru. V této době byla emoční stránka postižených lidí (pandemií) tak napjatá, že jsem se snažil pomáhat, kde to*

jen šlo. V prvních vlnách pandemie však musela postačit útěcha skrze mobilní telefon.“ Domnívám se, že všichni respondenti měli empatii, jak se řekne, takřka na kraji jazyka, ale jelikož jsem jim nechtěl vkládat slova do úst, výslovně tato schopnost zazněla jen od čtyř respondentů.

4.2.4 Lidský přístup k pacientovi a angažovanost

Plnění profesních úkonů je správné, je třeba ovšem rozlišit hranici, kdy se jedná o plnění úkolů své profese a o mechanické plnění úkolů své profese. Je třeba, aby každý zdravotnický nebo sociální pracovník disponoval určitou mírou lidskosti, pozitivního postoje a byl motivací nejen pro ostatní členy svého týmu, ale také pro pacienty/klienty, se kterými pracuje. Čtvrtou nejčastěji uváděnou odpovědí byl lidský přístup a angažovanost. R6 uvedla myšlenku, se kterou se ztotožňuji i ve své praxi: [...] *„Je třeba jim to povědět, jak se říká, po lopatě, pokud k lidem přijdu a vytáhnu na ně tabulky a statistiky, ano, odkývou mi to, ale neodnesou si z toho nic.*“ Zde je důležité disponovat zkušenostmi a odhadem na lidi, se kterými pracujeme, protože ne vždy je vzhled člověka přímo úměrný jeho vzdělání. Je nutné si dát pozor například u fyzicky postižených lidí (kteří mohou mít stejné nebo vyšší vzdělání než my), kde má člověk tendenci rozhovor zlehčovat a bagatelizovat. Praxí a častým kontaktem s vybraným vzorkem pacientů/klientů se samozřejmě dá této schopnosti kvalitně naučit. Na tuto otázku odpověděli kladně R1,R2,R3,R6. R3 říká: *„ Já osobně beru všechny pacienty bez rozdílu. Vždy, když to jde si říkám: vždyť to se může stát tobě zítra anebo se občas ptám sám sebe, zdali bych chtěl ošetřovat sám sebe, kdyby mi něco bylo* (tuto druhou část výpovědi výslovně uvedla i R2).“ Angažovanost je pojem, který se nejvíce používá u firemních zaměstnanců, ale dá se vztáhnout vlastně na jakékoliv téma. Podle Marciana (2013, s. 67) je nejkomplexnějším výrokem vystihujícím opravdu angažovaného pracovníka : *„za každých okolností chová, jako by šlo o jeho vlastní zájmy, cíle.“*

4.2.5 Zodpovědnost

Zodpovědnost byla pátou nejčastěji uváděnou odpovědí v provedených rozhovorech. Uvedl ji R1, R2 a R3. Zodpovědnost, která je pojená ve směru k pacientovi, byla popsána respondenty takto: R1 [...] *„Doufám, že mohu s čistým svědomím říct, že jsem zodpovědný ve všech směrech v tomto ohledu. Snažím se svědomitě plnit vůli pacientů a jejich blízkých. Když na to nestačím sám, poradím se s kolegy z týmu a něco se vymyslí.*“ Zde kolega názorně popsal případ sdílené odpovědnosti v týmu, kterou popisují v teoretické části. Baštecká (2016) ve své knize o týmové supervizi uvádí, že klíčový faktor, který utváří výkonnost týmu, je správné složení týmu a týmová rozmanitost. Je uvedena různost ras, věku, vzdělání,

zkušeností v oboru a osobností. R3: „*V naší profesi není možné znát odpovědi na veškerou problematiku, proto existují kolegové, konziliáři s kterými je dobré se poradit. Člověk se jen nesmí stydět a přiznat si, že neví všechno, což ne každému jeho ego dovolí.*“

4.2.6 Práce s dokumentací

Další odpovědi se již odlišovaly. Uvádím příklad dle R5 a R6, a to, že pracovník musí být schopen kvalitnímu zacházení se zdravotnickou dokumentací. Osobně se domnívám, že všichni respondenti dokáží přejímat, vést a posuzovat zdravotnickou dokumentaci perfektně, ale pouze dva respondenti ji zmínili ve svých výpovědích. R5 uvádí: *[...] „V mé profesi se mi občas zdá, že je více práce s dokumentací, nežli péče o pacienta.“* Zde by mohlo být na uvážení organizace, zda by vyšla zaměstnanci v krizových situacích vstříc a snížila objem dokumentačních povinností, popřípadě delegovat tuto činnost na jiného pracovníka, který by byl pro dané oddělení předurčen k vyplňování zdravotnické dokumentace.

4.2.7 Shrnutí VVO2a

Druhá vedlejší výzkumná otázka se týká očekávání jednotlivce od svých kolegů v MDT týmu ve směru k pacientovi/klientovi. Domnívám se, že hlavní očekávání, která jsem si stanovil i já, byla vyjmenována. Tým by měl být emočně vyzrálý, měl by se chovat profesionálně k pacientům a vykonávat svou práci s nejlepším přesvědčením, pokud to je možné, chovat se s lidským přístupem. Zodpovědnost nese každý sám za sebe, avšak selhání jedince dokáže podrazit pilíře celého týmu. Z tohoto důvodu silně doporučuji, aby vedoucí týmu vždy dbal na jeho soudržnost a na týmovou práci. V poslední řadě doporučuji zkoumané organizaci, aby zvážila v obdobných krizových situacích, vyhrazení specifické osoby, která by pomáhala s veškerou zdravotnickou dokumentací vytíženým pracovníků. Domnívám se, že chápání termínu pracovník v multidisciplinárním týmu, a to s ohledem na pacienta/klienta, je vnímáno zaměstnanci správně.

K VVO2a opětovně příkládám obr. č. 5 – č. 6, a to z důvodu zdůraznění všech očekávání, která mají být v péči o pacienta/klienta naplněna. Tato očekávání byla zodpovězena v mých rozhovorech s pracovníky MTD týmu.

Obrázek 6: Naplnění všech aspektů práce s pacientem/klientem členy MTD týmu



Zdroj: Studijní materiály, vlastní zpracování

4.3 Očekávání členů od náplně práce v MDT ve zdravotnickém zařízení v době pandemie a mimo ni, směrem ke svým spolupracovníkům

Přesné znění otázky je: „*Jaká očekávání měli členi týmu od náplně práce v MDT ve zdravotnickém zařízení v době pandemie a mimo ni, směrem ke svým spolupracovníkům?*“

Ve VVO2b budu popisováno, jak byla zvládnuta náročnost práce v týmu z pohledu zaměstnanec vs. zaměstnanec. Bude uvedeno, co respondenti od sebe navzájem očekávají ve výkonu práce v MDT. Pro organizaci je to dobrý signál pro zlepšení organizačních věcí uvnitř týmu. Stejně jako v předchozí kapitole, bude popsáno, jak kolegové z multidisciplinárního týmu hodnotili své kolegy, chronologicky, sestupně od nejčastějších odpovědí po nejméně časté.

4.3.1 Efektivita

První společný bod, který vyjmenovali všichni respondenti a který vyžadují od svých kolegů je Efektivita. Efektivita vyjadřuje praktickou účinnost, jakékoliv smysluplné lidské činnosti. Nejčastěji je vztahována na měření výkonu lidské práce. Efektivita bývá také hlavním kritériem pro posuzování úspěšnosti organizací, celků, týmů a jedinců (URL 21). R2 [...] „*Když jsem zavolaná na konzilium v rámci MDT, chci, aby se věc řešila rychle,*

efektivně a aby každý byl připraven se svým dílem práce. Od kolegů vyžadují profesionalitu, stejně jako je vyžadována jimi ode mne.“ R5 uvádí [...] „*U nás na covidovém oddělení, jsem musela makat 2x více efektivně. Bylo nás málo na hodně práce, ale když jsem nestíhala, požádala jsem kolegy a ti mi pomohli, nakonec se to vždy nějak zvládlo.*“ R6 naopak uvádí, že: [...] *Co se týká efektivního rozdělování práce v týmu, občas jsem měla pocit, že ne každý ví, kdo je vedoucí týmu a kdo ne. V tu chvíli bych vždy uvítala, kdyby někdo řekl... ty budeš dělat tohle, ty tohle a ne jen plané dohady. Jeden řekl doprava a druhý za chvíli přišel a řekl, doleva. Chápu ale, že v prvopočátcích bylo rozhodování velmi chaotické. Postupem času se vše stabilizovalo.*“ R6 narazila na mnou popisovaný problém v teoretické části, který může nastat, když tým nemá jasně definovaného lídra. Každý ucelený tým musí mít svou hierarchii a každý člen týmu musí znát své profesní místo v celku. Zde je na organizaci, zdali nechá volný průběh procesu tvoření týmu a lídr vyvstane po procesu vytvoření týmu. Druhou možností je, že efektivní tým bude vytvořen již organizací a bude fungovat jako celek od zformování. S efektivitou se pojí i další dvě podotázky.

4.3.2 Informovanost o procesech v týmu

Informanti R1, R2, R4 a R6 by uvítali, pokud by každý z kolegů v týmu aktivně vyhledával informace o daných problémech, které se řeší. R1 i v návaznosti na kapitolu efektivnosti uvádí: [...] „*Na našich pravidelných setkáních se snažíme co nejrychleji a nejefektivněji využít čas. Vše by urychlilo to, kdyby si kolegové aktivně vyhledávali probíraná témata, pravidelně četli rozesílané e-maily a nemuselo se vše dokola opakovat. To se bohužel čas od času stalo. Když už to bylo po několikáté, bylo to opravdu velmi otravné.*“ Členové multidisciplinárního týmu byli obesíláni elektronickou poštou o průběhu dění na daném oddělení. Informace jsou také k dostání v informačním portálu nemocnice, na který má každý přístup pod svým heslem. Bylo by tedy patřičné, aby si každý člen týmu sám zajišťoval plnou informovanost. Toho by se dalo docílit e-mailovou poštou, kde by každému z týmu chodilo upozornění, které by musel potvrdit do 24 hodin od zaslání.

4.3.3 Rychlost práce a přesunů

Informanti R1, R3 a R4 uvedli, že rychlost práce v týmu je pro ně opět spojena s efektivitou. R4 uvedl, že: [...] „*I když jsme byli maximálně omezeni, co se týče kontaktů s ostatními lidmi, odděleními a celým světem mimo nemocnici, musím říci, že rychlost práce v týmu byla zvládnuta prvotřídně.*“ Když jsem se respondenta otázel, co si pod tímto termínem přesně představuje, uvedl: [...] „*No například: kdykoliv bylo potřeba konziliáře, dorazil po vlastní ose, taxíkem nebo jinými dostupnými prostředky, v co nejkratším čase,*

pokud nebyl momentálně přítomen v nemocnici. To bylo skvělé. “ Z vlastní zkušenosti vím, že s konziliáři jsou občas těžké domluvy a proto je na organizaci, zdali by nezhodila větší koncentraci potřebných odborníků na daných krizových pracovištích.

4.3.4 Vyváženost a týmovost

Týmový duch byl uveden informantem R1, R3 a R6. Uveden byl hlavně zdravotnickým personálem, který je zvyklý fungovat v týmu nepřetržitě a je zvyklý v něm kooperovat. Informanti jsou si vědomi, že práce ve zdravotnickém zařízení obnáší každodenní kooperaci s ostatními pracovníky organizace tak, aby byly splněny společné principy týmu, tj. společné cíle, vzájemná provázanost nebo rovné postavení členů (Maddock, 2015). Z pohledu R6 je v týmu plná rovnováha: *[...] „V konziliích, která podstupuji má většinou hlavní slovo lékař, ale myslím, že se všichni bereme za rovnocenné a nikdo nikoho nepodceňuje. “* Výsledek tohoto tvrzení je, že se tým dle R6 snaží dosáhnout společného, a bylo by kontraproduktivní, aby se někdo povyšoval nad ostatní členy týmu. Uvádím zde ještě jednou i výpověď R3, kterou jsem použil i v předchozí kapitole a která má význam jak ve vztahu k pacientovi, tak i pro týmovost. R3: *„V naší profesi není možné znát odpovědi na veškerou problematiku, proto existují kolegové, konziliáři s kterými je dobré se poradit. Člověk se jen nesmí stydět a přiznat si, že neví všechno, což ne každému jeho ego dovolí. “*

4.3.5 Shrnutí VVO2b

Celkově se tato otázka zdá být pozitivně zodpovězena. Tým si je vědom svých slabých a silných stránek. Jsou dva aspekty, na které by se měla organizace zaměřit. Jedním z nich je sestavení týmu s hierarchickým vedením, tj. určit vůdce týmu a jeho zástupce v době nepřítomnosti. Toto hierarchické dělení by měl tým udržovat, aby nedocházelo ke komunikačním prostojeům.

Druhým aspektem, na kterou informanti poukazují je informovanost uvnitř týmu. Sláma (2013) ve své publikaci, věnované česká společnost paliativní medicíny, popisuje, že tým, jehož členové mají být dostatečně informováni a pacient se díky tomu cítí vřele přijatý a v přátelském prostředí, je stav, kdy je nutné pravidelné předávání veškerých informací kolegy uvnitř týmu. Mělo by se tak dít na pravidelných setkáních, která by měla být 1-2x týdně v době mimo krizi. V pandemické době by tomu tak mělo být 3-4x týdně. Předávání informací může být skrze videokonference, nebo prostřednictvím hromadných skupinových chatů. Organizace by mohla zvážit, zdali není vhodné přidělit daným zaměstnancům ve

specifických týmech příhodné komunikační portály, které by usnadnili jejich pravidelnou komunikaci a vyškolit je na jejich užívání. Ne každý může být s novodobými aplikacemi schopný manipulovat.

4.4 Jak bylo subjektivně vnímáno vykonávání práce člena multidisciplinárního týmu v “době covidové“ v porovnání s dobou mimo pandemii?

Během rozhovorů byly mé otázky zaměřované také na subjektivní vnímání práce v multidisciplinárním týmu, na krizových odděleních, z pohledu jednotlivých participantů. Jedna z nejzajímavějších otázek (resp. odpovědí na ni), z mého pohledu, byla otázka č. 4: *„Pamatujete si Vaši první službu od vyhlášení nouzového stavu vládou České republiky?“* V návaznosti na tuto otázku byla pokládána dále otázka č. 14: *„Byla Vaše pozice v MDT srovnatelně náročná v “době covidové“ a mimo tuto dobu“* Posledním dotazem na tuto problematiku byla otázka č. 22, kde se v interview dotazují: *„Pokud nastane další obdobná situace v českém zdravotnictví, budete opět chtít působit v MDT na krizových odděleních, pokud bude možnost výběru?“*

Všechny tyto otázky mi mají pomoci v mé analýze identifikovat, jak bylo těžké projít změnou, která se týkala pandemické krizové proměny v nemocnicích České republiky v roce 2020-2021, s ohledem na pracovníky MTD v nejvytíženějších odděleních nemocnic, která se starala o kriticky postižené pacienty a jejich rodiny.

4.4.1 První chvíle po vyhlášení nouzového stavu

Každý z respondentů odpověděl na tuto VVO3 kladně, tedy, že si uvědomuje svoji první směnu po vyhlášení nouzového stavu. R2 zajímavě uvádí: *[...] „Pamatuji si na tuto dobu velice dobře, jela jsem zrovna za klientkou na setkání. To proběhlo absolutně bez jakékoliv změny, co je ale to, co nikdy nezapomenu, bylo, že jsem ten den, myslím, že to byl 12. března, jela v metru a byla jsem na ulicích úplně sama. Nikde ani noha“* Respondentku nijak neomezoval její výkon práce, nejspíš proto, že má letitou praxi ve svém oboru a na podobné stavy je zvyklá, ale to, jaké okolnosti v souvislosti s nouzovým stavem vyvstávaly. R1 popisuje první směnu po vyhlášení nouzového stavu takto: *[...] „Když se ohlédnu zpět nevím přesně, co se dělo po vyhlášení nouzového stavu, ale vidím přesně prvního pacienta, který k nám přišel hlášený jako covid pozitivní. Všichni jsme byli zakuklení, nic jsem neviděl, protože se mi mlžily brýle v overalu a do toho byly symptomy pacienta strašně zvláštní. Asi to vlastně bylo trochu stresující.“* Touto otázkou jsem se pokusil zjistit, jak je pro člověka,

který má praxi ve svém oboru ve zdravotnictví a je součástí MDT, stresující změna, která se stala ze dne na den, a tou bylo vyhlášení nouzového stavu pro celé území České republiky. Jak již bylo výše zmíněné, každý z participantů si pamatuje na své první profesní chvíle po nouzovém stavu. Z informantů odpověděli dva, že pro ně byla situace stresující, jeden z informantů uvedl, že neví, protože mu spíše než stresující přišla situace bizarní a nemůže s jistotou říci, že by ho to nějak stresovalo. Báł se pouze o své nemocné rodiče. Čtyři ze sedmi participantů odpověděli, že pro ně situace stresující nebyla, a vykonávali pouze svou práci, která probíhala dál stejně, jediné, co se velmi měnilo, byly vládní a organizační nařízení, na která se adaptovat v tak krátkém čase, bylo občas složité. Respondent R4 uvedl, že: [...] „Pro nás na covidovém ARO, se vesměs nic neměnilo, pouze jsme dělali svou práci, s kriticky nemocnými pacienty. Nejhorší pro nás byla asi druhá vlna covidu, kde byl velký zájem o lůžka, personálu málo a sil ubývalo.“ R6 nezávisle na R4 potvrzuje dané tvrzení, že: [...] „Já to moc neřešila. Z mého úhlu pohledu šlo o normální pracovní den. Jediné, co mne omezovalo, bylo to, že jsem musela všechny úřady, pacienty, blízké kontaktovat skrze elektronickou formu a komunikace tak dlouho stála. Získávání potřebných informací bylo občas na dlouho.“ Z této podotázky tedy vyplývá, že většina týmu byla zavedením majoritních změn do organizace, které vznikly s pandemií covid-19, nedotčena a neomezena ve svém výkonu práce. Samozřejmě zde hrají roli osobní pohoda, délka praxe, zkušenosti, věk aj. Domnívám se, že mohu konstatovat, že organizace svými majoritními změnami, které vedla ve směru k zaměstnancům, nikoho neomezila natolik, aby to jakkoliv kohokoliv omezovalo ve výkonu své práce.

4.4.2 Srovnání práce jedince v MDT v krizové, pandemické době a mimo ni

V této otázce v rozhovoru kladu důraz na srovnání krizové doby a doby mimo pandemické dění, a to ze subjektivního pohledu pracovníka MDT. Stěžejním bodem pro náš výzkum je zjistit, jak byla přijata implementace změny v přechodu dvou období. Tato období můžeme pro lepší orientaci pojmenovat jako “doba covidová“ a doba “mimo pandemii.“

Odpovědi respondentů na tuto otázku se nelišily výrazně od předchozí, 5 respondentů uvedlo, že se jejich výkon práce nelišil od normální doby. R1: [...] „Výkon práce byl vesměs stejný, nejhorší byla asi druhá a třetí vlna, kde byla z lékařského hlediska velká úmrtnost, ale s tím se bohužel nedalo nic dělat. Člověk si ale i tak říká, zdali nemohl udělat něco víc. Na druhou stranu si celý tým vyzkoušel přístroje a postupy, které byly na úrovni válečné medicíny. Taková zkušenost je velmi cenná.“ Zde je dle mého názoru zajímavé, že respondent na jedné straně uvádí bezmoc nad danou dobou, která s sebou obnášela vysoké

množství úmrtnosti, (na to ale v dalším rozhovoru odpověděl R4: [...] „ Úmrtnost byla vysoká, především z důvodu, že jsme léčili především polymorbidní pacienty, kteří se nakazili onemocněním covid-19. “), a na straně druhé popisuje tuto dobu jako přínosnou pro něj i pro svůj tým, a to z důvodu vyzkoušení novodobých technik a postupů, které jim naše organizace mohla nabídnout a umožnit. R4 dále uvádí: [...] „ Pro všechny, koho já lépe znám si myslím, že bude tvrdit to samé co já. V profesním životě nás tato doba, a to doslova, vykopla na měsíc. V osobním životě, to už je něco jiného. Na tvoji otázku odpovím tedy jednoznačně. Bylo to bezesporu těžší, náročnější, stresující, než za doby mimo pandemii, ale pro mne je to zároveň velmi přínosné. “ Další tři odpovědi byly krátké a shodné. R2, R3 a R5 uvádí, že pro ně byla doba pandemická těžší, avšak přínosná. R6 ve své odpovědi uvedla, že pro ni byla doba náročná avšak proces změny neprobíhal, jak by si představovala. [...] „Chtěla jsem, aby byla organizací na naše konto, vedena nějaká zpětná vazba. Nevěděli jsme vlastně nic, jak si vedeme, nikdo se o nás, jako o zdravotně sociální pracovníky, moc nestaral. Pracovali jsme stejně, za stejných podmínek, jako všichni ostatní, ale na nás zdravotně sociální pracovníky se z hmotných darů dostalo jen velmi málo. To mi v té době vadilo, přišlo mi to demotivující. V normální době je nahlíženo na všechny stejně. “ Marciano (2013) tvrdí, že poskytování zpětné vazby vybavuje zaměstnance informacemi o tom, jak dobře jim jejich profese jde. I kdyby měla být zpětná vazba negativní a nemilá pro danou osobu, měla by mít podpůrný ráz. Právě díky stálé, konstruktivní, povzbuzující a upřímné zpětné vazbě mají manažeři možnost nejen zvyšovat dovednosti svých zaměstnanců, ale také jim prokázat respekt, odpovědnost a starost. Zde je vidět, že i když je zaměstnanec loajální své organizaci, potřebuje vidět zpětnou vazbu, aby byl své organizaci i nadále věrný a prospěšný.

Rád bych tímto případem poukázal na možné opomíjení sociálně zdravotnických nebo sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení. Opomíjení sociální práce ve zdravotnictví je problém, který se v mnoha zemích, včetně ČR, vyskytuje. Historicky je upřednostňována zdravotnická péče o pacienta, a to nad sociální práci. Zároveň ani často není sociální práce dostatečně oceněna nebo podporována. Tato situace může mít negativní dopad na pacienty a celkovou kvalitu péče o pacienta. Organizace by se tedy měla snažit zajistit co nejkomplexnější péči o všechny pracovníky ve své organizaci, tím bude docílena i komplexní péče o pacienta.

Dle Kuzníkové (2012) existují 4 nejčastější body, ve kterých je sociální práce ve zdravotnictví nejčastěji opomíjena:

- **Nedostatek finančních prostředků:** Sociální služby a programy ve zdravotnictví často nedostávají dostatečné finanční prostředky. To může vést k omezeným zdrojům pro sociální pracovníky a omezenému rozsahu jejich činnosti. Nedostatek financí může také ovlivnit vzdělávání a odborný rozvoj sociálních pracovníků ve zdravotnictví.
- **Nedostatek povědomí:** Mnoho lidí, včetně zaměstnanců organizace a managementu organizace, nemá dostatečné povědomí o důležitosti a úloze sociální práce ve zdravotnictví. Sociální práce je často vnímána jako doplňková nebo volitelná součást péče, což může vést k nedostatečnému zapojení sociálních pracovníků do procesu péče o pacienta a jeho rodinu.
- **Nedostatek integrace do týmu:** Sociální pracovníci ve zdravotnictví často nemají rovnocenné postavení v týmu zdravotnických profesionálů. Nedostatečná integrace může vést ke komunikačním bariérám a nedostatečné spolupráci mezi různými profesionály, což může negativně ovlivnit péči poskytovanou pacientům.
- **Omezený přístup ke komplexní péči:** Nedostatečná integrace sociálních pracovníků do péče o pacienta může vést k nedostatečnému zvládnutí sociálních, emocionálních a praktických aspektů nemoci pacientů. Ve spojitosti s příbuznými a rodinou pacienta může vést nedostatečné začlenění sociálních pracovníků do procesu péče o pacienta k pochybením ze stran nedostatečně povolanych osob. (Kuzníková, 2012)

4.4.3 Další působení v týmu, při obdobné situaci

V této otázce jsem se zaměřil na ovlivnění zaměstnance změnou při implementaci změny a jeho další motivaci k setrvání v týmu. Dle Kottera (2015), na základě jehož analýzy je sestavena základní struktura rozhovorů. Jedinec musí být na změnu připraven, musí mu být vysvětlena, musí mu být ospravedlněna a po malých krůčcích musí být začleněna do organizace tak, aby jedincům nijak nevadila. Posledním krokem je zabezpečení, aby nová kultura byla trvale zakotvena v organizaci. Je nezbytné zajistit, aby nové postupy a nové hodnoty byly integrovány do všech aspektů organizace (Kotter, skrze Škapová, Čakrt, 2015). Z tohoto důvodu zde spatřuji ideální situaci pro zpětné ohlédnutí zaměstnanců, jak byla implementace změny zakořeněna v jejich myslích a zdali by se tito zaměstnanci dokázali vrátit do “první linie“, pokud by došlo k dalším, obdobným situacím.

I navzdory předešlým odpovědím, všichni participanti odpověděli, že ano. Když jsem se dotázal zaměstnanců, zdali je to z profesních nebo osobních důvodů, R3 odpověděl: [...] „Myslím, že zde platí pravidlo, co tě nezabije, to tě posílí. Motivací pro mne určitě byli kolegové, měli jsme super tým a super finanční ohodnocení“ R4: [...] „Jistě, budu to brát jako poctu, pokud budu opět vybrán pro sestavení týmu. Práce s profesionály mně baví“ R6: [...] „Navzdory tomu, že jsem měla nějaké osobní problémy, je to pořád moje práce. A pokud tu budu zaměstnaná, určitě kolegům pomůžu.“ R7: [...] „Bez zaváhání, důvod nejspíše kolegiálnost.“

Nejčastěji zmiňovanou odpovědí pro setrvání zaměstnance v MTD týmu byla: kolegiálnost a finanční ohodnocení, označili ji tři informanti. Dva informanti uvedli týmovost, jeden informant uvedl profesionalitu a jedna informantka uvedla kamarádství s vizí poslání. Z této otázky vyplývá, že ač je sebelepší kolektiv, pro zaměstnance je nejvyšší motivací pro setrvání a schůdnou cestou k upevnění kultury v organizaci finanční ohodnocení správně pracujícího zaměstnance.

4.4.5 Shrnutí VVO3

V této otázce jsem se snažil zjistit, jak je změna přijata zaměstnancem a zdali zůstane loajální své organizaci i v příštích krizových okamžicích, pokud nastanou.

Z výpovědí informantů vyplynulo, že by zůstali loajální všichni zaměstnanci. Jejich motivací k setrvání v multidisciplinárním týmu na krizových odděleních je: Finanční ohodnocení, týmovost a profesionalita, vize poslání. Na opačné straně by zaměstnanci v dalších podobných situacích uvítali, pokud by byla prováděna častější zpětná vazba od organizace směrem k zaměstnanci.

Pozitivní zprávou, kterou je možné konstatovat z provedeného výzkumného šetření je, že všichni respondenti označili změny vedené od organizace směrem k zaměstnanci, jako vhodné, akceptovatelné, přijatelně provedené organizací a odpovídající standardům. Organizace se tedy s implementací změny z pohledu zaměstnanců MDT vypořádala odborně a organizačně na vysoké úrovni. Organizace nabídla svým zaměstnancům MDT možnosti a zkušenosti, které by na jiném místě a v jiném čase, nezískali (jak oni sami tvrdí). Odpovědi respondentů prokázaly, že i když “doba Covidová“ byla subjektivně vnímána jako profesně náročnější nežli doba mimo pandemii, profesionálové, kteří tvoří MDT v našem zdravotnickém zařízení, byli na výkon práce připraveni dostatečně odborně a pokud se bude

krizový moment v České Republice v budoucnosti opakovat, jsou mu ochotni čelit pod záštitou organizace opakovaně.

Jediný problém, který nastá

4.5 Co Vás osobně motivovalo k výkonu práce a setrvání v MDT v krizových momentech pandemie nebo naopak demotivovalo?

Ve VVO4, jsem pátral, který motivační prvek nejvíce motivoval zaměstnance ke spolupráci a k setrvání členů v týmu, který byl v prvních liniích krize v průběhu pandemie. Participantům jsem zdůrazňoval, že na mysli mám jak abstraktní, tak hmotné motivační prvky. Motivace je velmi složitý a obsáhlý pojem. Každý člověk si pod ním totiž může představit zcela odlišné podněty. Definice motivace je „vnitřní proces, který obsahuje tužbu a vůli (ochotu) člověka vyvinout určité úsilí k dosažení subjektivně významného cíle nebo výsledku“ (Tureckiová, 2004, str. 55). Pokud se organizaci podaří najít společný jmenovatel motivace pro většinu zaměstnanců, pak je dle Kottera velmi možné, že bude změna úspěšná. Spokojený zaměstnanec, je efektivní zaměstnanec. V této otázce jsem se i vzhledem k předchozí otázce, domníval, že hlavním motivačním faktorem pro zaměstnance bude finanční ohodnocení. K mému udivení tomu tak nebylo. Tato otázka totiž byla více rozvedená a výčet variant odpovědí se zvýšil oproti předchozí otázce. Níže uvádím varianty odpovědí.

4.5.1 Vztahy se spolupracovníky

Na čelném místě se umístila odpověď, která uváděla dobré vztahy se svými kolegy z týmu. Odpověděli na ni všichni respondenti s lehce odlišnými komentáři. R3: *[...] „Přišel jsem tam sám z jiného oddělení, nikoho jsem neznal, nevěděl jsem co a jak, byl jsem nervózní. Ale perfektní kolegové se mne ihned ujali a za pár dní jsem byl v našem týmu jako doma. Vlastně na to moc rád vzpomínám, navzdory té době.“* Dobře utvořený kolektiv a tým je bezesporu nutnost k úspěchu týmu. Ne vždy tomu tak však je. Nejspíš tomuto dobře ucelenému týmu napomohlo to, že všichni byli posláni čelit něčemu novému, neznámému, o čemž mluví R4: *[...] „Já osobně jsem dostal velmi nepěkný úkol. 17. večer jsem obdržel telefonát, že 21. musí být sestaveno pracoviště, které má fungovat jako covidové ARO. Nikdy bych to sám nedokázal. Ale jako týmu, týmu skvělých lidí se nám to povedlo.“* Definici týmu popisují v teoretické části práce. Na tomto místě ji však doplním o pohled Vytlačila a Mašína, (1998): *„Jednotlivci v týmu mají společný cíl, v němž pracovní činnosti a dovednosti každého člena vzájemně na sebe účelně a plynule navazují, jako – užíjeme-li mechanické a*

statické analogie – na sebe navazují jednotlivé části skládačky a dohromady vytvářejí určitý vzor“ (Vytlačil, Mašín, 1998, s. 168). Jejich vztahy jsou tedy organizovány skrze návyky, pravidla a hranice dané organizace, ale i jeden na druhého, jako kousky skládačky. R7: [...] *„Když se teď po delší době ohlédnu zpět, nevidím vlastně to, co se tam opravdu odehrávalo, to utrpení a smrt, ale to hezké. Kolegy, spolupráci, radost.“* Pro organizaci je tedy klíčové sestavit dobře fungující tým, který bude mít dobré vnitřní vztahy a tím zajistí organizaci co nejkomplexnější péči o pacienta. Jakmile se toto podaří, zaměstnanec je motivován zůstat v týmu i navzdory nepříznivé situaci.

4.5.2 Možnost vyjádřit své názory přímému nadřízenému

Jako druhou odpověď označilo pět ze sedmi participantů možnost vyjádření svých obav, stresů, názorů, stanovisek, svému přímému nadřízenému. Tato odpověď je nejspíše úměrná i předchozí odpovědi, že možnost vyjádření se otevřeně se svým názorem je pro spoustu lidí indikátor k setrvání v týmu R4: [...] *„V nemocnici pracuji již 25 let a NIKDY jsem nezažil tak skvělé vedení jako na tomto oddělení.“* Po mém dotazu proč tomu tak bylo. R4: [...] *„Nic nebylo problém, vedení nebylo laxní, každý den jsme se scházeli, abychom probrali věci ohledně řízení a funkčnosti týmu. Mohli jsme si věřit a mohli jsme probírat otevřeně všechny věci, které byly potřebné.“* Ze své osobní praxe a terénního deníku vím, že na oddělení v prvopočátcích zavádění změn bylo tolik proměnných, že je úctyhodné, že toto o sobě zaměstnanci dokážou říct, ve vztahu ke svému nadřízenému. Nebývá časté, že by vedoucí týmu byl všemi oblíben. Mohou za to názorové rozdíly, osobní přístup, upřednostňování jiných zaměstnanců aj. Pokud se však podaří negativní vlivy eliminovat, je dle J. Kottera velká pravděpodobnost na úspěch týmu. R1 potvrzuje toto tvrzení: [...] *„Vedení bylo pro všechny schůdné. Nejspíš byla příčina, že se lidi dokázali proti krizi semknout. Za normálních okolností tomu tak nebývá.“*

4.5.3 Finanční odměna, stálý příjem

K mému osobnímu údivu se umístila odpověď s tématem finančního ohodnocení nebo příplatků za rizikovitost/přesčasů až na třetím místě spolu s předchozí odpovědí. Pět ze sedmi informantů uvedlo, že jejich velkou motivací byly příplatky, které dostávali za rizikovou práci. R5: [...] *„Nebudu lhát, mám přeci jenom rodinu, děti. Příplatky za rizikovou práci byly velké lákadlo.“* R3: [...] *„Velká výhoda a asi i věc další věc, která mne tam držela, byly příplatky od organizace. Byli jsme sice v první linii, byli jsme u život ohrožujícího viru, ale tohle to kompenzovalo.“* Na druhou stranu zde uvádím odpověď R2, pro kterou je finanční ohodnocení zanedbatelné. R2: [...] *„Já svou praxi už dlouho dobu nedělám pro peníze.“*

Pokud bych to dělala jen za peníze, nedělala bych to správně. Do naší organizace dojíždím, protože mne lidi potřebují a protože mne to baví. “ Je úctyhodné, že i v dnešní, materiální době, se najde charakter, který nehledí na svůj vlastní zisk a dokáže vykonávat svoji praxi, s přesvědčením, které by mělo být pro všechny na primárním místě. Tito zaměstnanci by měli být organizací vysoce ceněni.

4.5.4. Hmotné dary

Další odpovědi, kterou uvedli respondenti ve svých výpovědích, byly hmotné dary. Organizace během prvních vln pandemie dostávala velkou podporu od jmenovitých i anonymních dárců, které delegovala skrze nejvíce vytížená pracoviště. Tyto hmotné dary popisují zaměstnanci, jako velice motivační. Tuto odpověď uvedli R1, R3, R4 a R5. R4 říká: *[...] „Bylo velmi milé od lidí mimo nemocnici i organizace, že si všimli našeho vytížení a skrze organizaci delegovali dary, které nám byly postupně přerozdělovány. Toho jsem si velmi vážil.* “ Na tomto případě je vidět, že i maličkost dokáže potěšit a motivovat člena ve výkonu práce. R5 na toto konto tvrdí: *[...] „Nejčastějšími dary bylo jídlo. Velmi mne to vždy potěšilo, že jsou lidé solidární a hned se pak pracovalo lépe. Nejvíce mne ale potěšily obrázky od prvňáčků ze základních škol, které jsme si pak vystavili na skříni v denní místnosti.* “ K tématu motivace je popsáno velké množství literatury. Já jsem pro výše uvedená tvrzení vybral definici Bedrnové (2002). Problematika výkonu pracovníků je neodmyslitelně spjata s otázkou pracovní motivace. Pojem motivace a výkon se může kdekomu zdát jako přímo úměrný, tedy když vzrůstá motivace pracovníka, vzrůstá také jeho výkon. Je zde ale třeba hledět i na to, že když dosáhne motivace určitého stupně, může výkon zaměstnance stagnovat. Jak uvedli naši respondenti, jejich čtvrtý největší motivační pohon byly hmotné odměny přerozdělované organizací na nejvytíženější oddělení. V uceleném závěru s tímto krokem, který učinila organizace, souhlasím, a považuji tento krok za správný vůči motivaci zaměstnance. Pouze si neodpustím varování, protože respondent R4 také uvedl: *[...] „Bylo toho v jednu chvíli tolik, že bychom z toho mohli vyžít snad měsíc.* “ Proto jak uvádí Bedrnová (2002), zde je třeba si dát pozor na regulaci motivačních prostředků a udržovat hmotné dary v mezích, aby nedošlo k stagnaci výkonu.

K odpovědi hmotných darů se vyjádřila i R6, která popisuje své zážitky s touto okolností jako demotivující. R6: *[...] „Pracovali jsme stejně, za stejných podmínek, jako všichni ostatní, ale na nás zdravotně sociální pracovníky se z hmotných darů dostalo jen velmi málo. Když jsem přišla na daná konzilia a viděla, co se dostávalo na ostatních odděleních, zamrzelo mne to. Toto mi přišlo demotivující*“ Zde plyne jednoznačné

doporučení pro organizaci, aby delegovala dary rovným dílem na všechna oddělení nemocničního zařízení, která mají co do činění s krizovými pacienty. Tento fakt může na zaměstnance organizace působit negativně a zároveň ovlivnit jejich výkon práce.

Opět zde chci připomenout výše zmíněnou problematiku, opomíjení sociálně-zdravotnického pracovníka v organizaci. Během pandemie covid-19 se sociální pracovníci ve zdravotnictví často ocitli v obtížně řešitelné situaci a jejich úloha byla často opomíjena. Zatímco zdravotnický personál, jako jsou lékaři a sestry, dostával velkou pozornost a uznání za svou práci při péči o pacienty s covidem-19, sociální pracovníci byli méně viditelní, ačkoli hráli klíčovou roli v péči o zranitelné skupiny a v řešení sociálních problémů souvisejících s pandemií. (URL 14)

4.5.5 Časté meetingy týmu

Jako poslední motivační faktor uvedli R1 a R4 časté meetingy týmu. Jak bylo popsáno v praktické části. K dobré funkčnosti týmu je nutné, aby byly informace předávány v co nejkvalitnější formě. K tomu je nutné, aby byli všichni účastníci MTD informováni o procesech uvnitř týmu. V naší organizaci a v našem zkoumaném MTD tomu prospívala skutečnost, že management týmu organizoval dle výpovědí R1 a R4 každé ráno krátké informační schůze, kde si členové týmu vyměňovali své poznatky a připomínky z předešlých dnů. R4: [...] „Často se stalo, že někdo nemohl být přítomen, to ale vůbec nevadilo, protože naše schůze byly tak časté, že jsme stihli vše hned dohonit.“ R1 na toto téma dodává: [...] „Informovanost mých kolegů byla silně znát na výkonu práce a možnostech týmu. Všichni jsme věděli co může očekávat jeden od druhých, jak se zachovat, na koho se obrátit pro radu nebo s prosbou o pomoc.“ Zde plyne jednoduché doporučení pro organizaci. Snažit se v krizových situacích o co nejčastější briefingy krizových týmů, jako je například MDT.

4.5.6 Shrnutí VVO4

Ve VVO4 byla snaha identifikovat hlavní hnací prvky zaměstnanců MTD, kteří si prošli krizí během pandemie covid-19. Vedoucí rozhovoru si stanovil, před začátkem interview, že největší motivací členů týmu bude finanční odměna. Nebylo tomu tak. Zaměstnanci a členové MDT označili týmovost a dobré vztahy se svými kolegy za největší hnací prvek při práci v týmu. Druhý hnací prvek byla možnost svěřit se nebo vyjádřit své názory vedení týmu. Zde je zřejmé, že správné vedení není jen o rozkazech, ale zároveň je i nasloucháním názorů dalších členů týmu. Třetí místo obsadily výpovědi s finančním ohodnocením, což mne velice mile překvapilo. Další odpovědi byly hmotné dary, kde se

našly pozitivní i negativní připomínky. U jednoho zaměstnance vyvstal problém, kde mu přišlo demotivující, že sociální pracovníci nejsou rovnocenně ohodnoceni hmotnými dary ve srovnání se zdravotnickým personálem. Silně doporučuji organizaci přerozdělovat hmotné dary všem rovným dílem. Tento prvek může působit demotivujícím dojmem, jako například u jedné naší respondentky (sociální pracovnice). Posledním prvkem byly časté meetingy týmu, které vedly ke zvýšené informovanosti všech členů v MDT.

4.6 Zodpovězení hlavní výzkumné otázky a naplnění hlavního cíle

Hlavní výzkumná otázka je vytvořena tak, aby zodpověděla příčiny možných úskalí při implementaci změny a při udržení pracovníka v MDT během krizového období, pandemie covid-19. Tím, že zodpovím hlavní výzkumnou otázku, dokážu naplnit hlavní zkoumaný cíl, kterým je: **Identifikace klíčových faktorů při implementaci změny z pohledu pracovníka MDT a jeho následné udržení v týmu, během pandemické krize, onemocnění covid-19.** Tuto výzkumnou otázku jsem sestavil, protože mne velmi zajímalo, jako pracovníka v MDT a pracovníka na ARO COVIDových jednotkách, jak budou moji kolegové reagovat a zdali jsou moje vize, motivace a předpoklady shodné jako jejich.

K hlavní výzkumné otázce se pojí další čtyři vedlejší výzkumné otázky, které mi mají pomoci zodpovědět hlavní motivace a hlavní vnímání změny od pracovníků v MDT. Výzkumné otázky byly zodpovězené výše. V hlavní výzkumné otázce se dále pokusím aplikovat námi zodpovězené otázky a tím podpořit naplnění hlavního zkoumaného cíle.

K první části hlavní výzkumné otázky se pojí VVO1 a VVO3. Těmito otázkami vyšlo najevo, že implementace změny pro pracovníky MDT ve zdravotnické organizaci byla přijata s pozitivní odezvou. Participanti popisovali vytvoření týmu, přechod na nová pracoviště i adaptaci na nové změny, které byly nařízené vládou ČR a naší organizací, jako zdařilá a lehce pochopitelná, jak je popisováno ve VVO1. Jediné negativum, které vnímali participanti mého výzkumu, bylo to, že jeden z pracovníků MDT byl očividně ve stresové situaci, která mohla ovlivnit jeho výkon práce. Toto tvrzení mohlo být subjektivní a bylo popsáno jiným členem týmu. Posléze ovšem na můj neutrální dotaz, zdali danému informantovi přišlo něco stresující a zdali by něco změnil, odpověděl, že by uvítal možnost peer konzultanta na daných odděleních a že nevěděl, na koho se obrátit. Je tedy opravdu možné, že se daný pracovník cítil nepříjemně v určité situaci. Proto doporučuji organizaci v dalších krizových momentech, aby více delegovala možnost vyžívání psychosociální pomoci pro zaměstnance organizace, hlavně pro zaměstnance v nejvíce vyčerpávaných

odděleních během pandemie. Pokud tuto informaci neznají nebo ji nemohou nikde dohledat, jistě by ji uvítali.

Další otázka týkající se první části mojí hlavní výzkumné otázky je VVO3. V této podpůrné, vedlejší otázce srovnávám krizovou, pandemickou dobu a dobu za normálních okolností z pohledu členů MDT. První chvíle po nastolení nouzového stavu a sestavování týmu participanti popisují, jako naprosto v pořádku. Spíše byli zaskočeni sociální stránkou nouzového stavu, která se odehrávala převážně mimo jejich výkon práce a mimo nemocniční zařízení. Při srovnávání “Doby covidové“ a doby za normálních okolností se opakovaly odpovědi s tématem velké úmrtnosti, vyčerpání, náročnosti práce, ale vždy odpovědi eskalovaly v pozitivní závěr. Jediná negativní odpověď byla ta, že si participantka přála, aby byla ze strany organizace vedena větší zpětná vazba, protože v dané chvíli, kdy všechno bylo nejisté, hlavně v osobním životě, nebylo ani žádné ohodnocení ze stran organizace. Proto zde silně doporučuji organizaci, aby poskytovala svým zaměstnancům pravidelnou zpětnou vazbu. Docílit tohoto lze například skrze pravidelné týdenní oběžníky nebo elektronickou poštu. Navzdory tomu, že zde byla negativní zpětná vazba, všichni participanti se shodli na tom, že v dalších pandemiích budou ochotni setrvat, jako zaměstnanci organizace a budou chtít být součástí MDT, pokud budou stále zaměstnanci organizace.

Druhá část hlavní výzkumné otázky se týká subjektivního očekávání participanta od ostatních členů týmu MDT. K tomu nám posloužili podpůrné vedlejší otázky s kódem VVO2 a VVO4.

Ve VVO2 se snažím získat primární atributy od participantů, které by očekávali od svých kolegů směrem k pacientům, a zároveň se snažím o sociální identifikaci atributů v týmu. Proto je vedlejší výzkumná otázka rozdělena na část a) a b). V první části otázky jsem stanovil atributy vyzrálého zaměstnance v MDT (obrázek č. 5 a 6), ty byly posléze porovnávány s odpověďmi participantů na mém výzkumu. Zazněly všechny odpovědi od schopnosti komunikace, po zodpovědnost. Cíle této vedlejší otázky tedy byly naplněné a participanti jsou jako tým, pro organizaci, vyzrálým celkem. Jediné, co zde zaznívalo jako problém a možné zamyšlení pro organizaci bylo to, že velké množství dokumentace omezuje personál k výkonu své dobré praxe. Doporučuji tedy organizaci, aby vyhradila speciálního pracovníka, který bude určen pouze na práci se zdravotnickou dokumentací. Bude ji shromažďovat, zapisovat, třídit, a to vše se bude odehrávat přímo na krizových covidových jednotkách. Vše pro usnadnění výkonu práce pracovníka v MDT. Ve druhé části otázky, kde

identifikují sociální aspekty týmu, ve smyslu zaměstnanec vs. zaměstnanec se identifikovaly dva problémy. Prvním z nich bylo hierarchické dělení členů v týmu. Členové by uvítali, aby bylo pevně stanovené hierarchické dělení týmu, tedy vůdce týmu, jeho zástupce v nepřítomnosti atd. Toto dělení by, dle odpovědí participantů, napomohlo odstranit komunikační prostoje v týmu. Druhým zmiňovaným problémem byla informovanost členů o dění uvnitř týmu. Víím, že je pro organizaci těžké toto ovlivnit. Jedná se o silně subjektivní věc. Jde tomu ovšem napomoci skrze zavedení pravidelných informačních schůzek týmu, které budou nařízené vedením organizace. Schůzky nemusí být s osobní přítomností, stačí videokonference nebo jiné elektronické komunikační portály. Tento fakt by dle participantů na mém výzkumu napomohl, aby se vyrovnala diverzita v informovanosti členů MDT.

Ve VVO4 jsem zjišťoval, co motivovalo zaměstnance k výkonu své práce během pandemie. Bylo předpokládáno, že největší hnací silou bude finanční ohodnocení. Kupodivu informanti označili finanční ohodnocení až na třetím místě. Nejvyšší hnací silou pro členy MDT v naší organizaci jsou dobré vztahy se svými kolegy. Na druhém místě se umístilo svěřením se se svým názorem/prosbou/stížností svému vedení. Na čtvrtém místě se umístily hmotné dary přerozdělované organizací od dárců při vlnách pandemie. Zde se vyskytl problém, protože jeden participant (sociální pracovník) měl pocit, že delegování darů bylo nespravedlivé. Doporučuji zaměřit se na tento problém v dalších pandemiích. Tento fakt byl popisován zaměstnancem jako silně demotivující. Posledním prvkem byly časté meetingy týmu, které vedly ke zvýšené informovanosti všech členů v MDT.

Závěrem k zodpovězení hlavní výzkumné otázky: *„Jaké byly klíčové faktory při implementaci změny a udržení pracovníka v MTD týmu ve zdravotnickém zařízení, během pandemické krize, onemocnění covid-19“*? Je tedy to, že se zaměstnanci shodli, že klíčové faktory při implementaci změny zvládla organizace perfektně. Přejít z normální doby do „doby covidové“ je všemi popsána jako materiálně, personálně, organizačně bezproblémová. Klíčovým faktorem byla pro zaměstnance komunikace, jak samo popisují. Našel se případ, kde komunikace v ose organizace vs. zaměstnanec vážla ve vztahu k sociálně zdravotnickým pracovníkům. Výše uvádím (a následně diskutuji v Diskusi), jak s daným opomíjením nakládat a jaké dopady může mít opomíjená svých zaměstnanců na morálku a výkonnost jedince. Co se týče druhé stránky výzkumné otázky a tou je v udržení pracovníka v MTD týmu a organizaci samotné, byla shledána jako bezproblémová. Ač se našlo pár drobných pochybení ze stran organizace vs. zaměstnanec, žádný z dotazovaných členů MDT by nechtěl za daných podmínek opouštět organizaci a zůstal by loajální. K

Naplnění hlavního cíle, kterým je: **Identifikace klíčových faktorů při implementaci změny z pohledu pracovníka MDT a jeho následné udržení v týmu, během pandemické krize, onemocnění covid-19**, tedy došlo a klíčové faktory při implementaci změny, které zajistí loajálnost a spokojenost zaměstnance i v době krize a krizového řízení v organizaci jsou: Profesionalita jak ze strany organizace, tak kolegů MDT, rychlá krizová komunikace, týmovost, finanční ohodnocení, kvalitní vedení v týmu, kvalitní kolegové. Na druhou stranu by se organizace měla více zaměřit na větší informovanost zaměstnanců o možnostech využívání psychosociální pomoci, jako je například: psycholog, peer konzultant nebo intervent, v případě potřeby zaměstnance. Tato informovanost by měla být mnohonásobně vyšší v době krize. Dále by se organizace měla zaměřit na neopomíjení určitého segmentu zaměstnanců, na které má tento jev negativní dopad ze strany morálky a nezapomínat na zpětnou vazbu k zaměstnancům, kteří jsou právě v předních liniích v boji s krizí a smrtelným virovým onemocněním. Myslím, že výzkumem je zodpovězeno, na co by se měla organizace v dalších krizových obdobích, které budou stejného nebo podobného rázu zaměřit a co by neměla opomíjet.

IV. ZÁVĚR PRÁCE

5 Diskuse

Směr, kterou se tato práce ubírá, je vyřešení hlavního výzkumného cíle: **Identifikace klíčových faktorů při implementaci změny z pohledu pracovníka MDT a jeho následné udržení v týmu, během pandemické krize, onemocnění covid-19.** Naplnění cíle se uskutečnilo v plné míře, tedy ve smyslu, že byly identifikované faktory, které dokáží udržet pracovníka v MDT týmu loajálního a angažovaného své organizaci i přes nepříznivou periodu času. Na závěr práce prodiskutuji mnou zkoumanou, komplexní problematiku a porovnám je s teoretickou částí práce.

Výsledky, které vyplynuly z mé empirické části, zrcadlí témata, která jsou popsána v teoretické části. Teoretickou a empirickou část propojuje krátká případová studie, která má čtenáři připomenout nebo pokud bude čtenář v budoucnosti danou práci číst a nebude s problematikou obeznámen, tak popsat stres a úskalí ve výkonu práce spojené s implementací změny v kolektivu zdravotnického multidisciplinárního týmu ve FN.

V empirické části práce zkoumám, jaké byly klíčové faktory při implementaci změny ve výkonu pracovníka v MDT. Stanovená hlavní otázka je podpořena čtyřmi dalšími vedlejšími výzkumnými otázkami, které se snaží o komplexnější pohled na problematiku. Ve vedlejších otázkách se dotazuji na přijetí nových opatření a adaptaci na zcela náhlý a velmi rychlý proces změny. Jak se členové týmu, kteří byli ohroženi místem i časem, starali o své pacienty, a jak se starali jeden o druhého. Zároveň zkoumám, co jeden člen týmu od druhého, jako profesionálové v oboru očekávali a zdali toto očekávání bylo opravdu naplněno. Důležitou podpůrnou, vedlejší otázkou je, jak byl subjektivně vnímán výkon práce člena MDT v krizové, pandemické době a jaké aspekty ve zkoumané době hrají materiální a sociální potřeby zaměstnance, aby se udržel jako efektivní pracovník v organizaci. Závěrem se vedlejšími otázkami doptávám na motivační prvky, ze kterých by mohla organizace čerpat v budoucích, obdobných pandemických obdobích.

Všichni respondenti se jednohlasně shodli, že v popředí jejich práce je péče o pacienta. V několika případech bylo zdůrazněno, že jsou loajální své organizaci a dělají svoji práci ze své vlastní, dobré vůle. Je ovšem potřeba, aby tato loajálnost a dobré úmysly zaměstnance

byly podporovány a posléze i odměněny i ze strany organizace. Jak toho organizace tedy může dle svých informantů docílit?

Doporučení pro praxi:

- Větší důraznost na možnosti psychosociální podpory zaměstnance, například skrze pravidelné oběžníky organizace, které poskytnou VŠEM zdravotnickým, sociálním i nezdravotnickým zaměstnancům, možnost podpory ze stran organizace. Povědomí o psychosociální podpoře organizace je, dle dotazovaných na nízké úrovni. Další možností je zařazení povinných školení v rámci celoživotního vzdělávání (CŽV) nebo jen povinných periodických (ročních) školení. Na těchto setkáních budou zaměstnanci celé organizace informováni o možnostech jakékoliv dostupné formy psychohygieny, kterou mohou využít a která bude v organizaci k dispozici. Bylo by vhodné, pokud by školení probíhalo opakovaně, v periodě jednoho roku. Maximální část těchto školení by byla zaměřena na možnosti psychosociální podpory, jak a kde ji v organizaci najít a jak ji využít. Zároveň by mělo být na školeních připomínáno, že svěřit se druhým není ukázka slabosti. Aby tým mohl fungovat, musí být jeho všichni členové 110% srovnání se svým výkonem práce. Skrze citát Henryho Forda: *„Dát se dohromady, je začátek, zůstat spolu je pokrok a pracovat společně je úspěch“* (Henry Ford), Z tohoto vyplývá, že spolupráce je proces, kde celek je úměrně silný svému nejslabšímu článku.
- Začlenění administrativního supportu, ze stran organizace do silně vytížených pracovních týmů během krizových období, které jsou zahlcované zdravotnickou dokumentací na úkor komplexní péče o pacienta.
- Konání pravidelných informačních schůzek všem týmům organizace. Například v pravidelné doby a ke schůzkám vyčlenit pravidelná místa.
- Klást větší důraz na pozitivní zpětnou vazbu u zaměstnanců MTD týmu. Opět, skrze oběžníky nebo elektronickou komunikaci, pokud nelze být delegována vyčleněným zaměstnancem.
- Posílit povědomí jak zaměstnanců organizace, tak možnosti pacientů/klientů o pozici zdravotně sociálního pracovníka nebo sociálního pracovníka v týmu. Docílit toho jde například zakotvením sociálního pracovníka do směrnic zařízení, a to jako člena MDT. Zároveň je nutné, aby organizace věnovala sociálně zdravotnickým pracovníkům stejnou míru pozornosti jako ostatním pracovníkům v MDT a ani v době krize nikoho z členů týmu neupřednostňovala a neopomíjela.

- Z rozhovorů s informanty, se ukázalo, že možným opomíjeným faktorem v MTD týmu, ve zdravotnictví, je sociální nebo sociálně zdravotnický pracovník. Práce sociálně zdravotnického pracovníka nesmí být opomíjena na úkor ostatního zdravotnického nebo nezdravotnického personálu v týmu. Z výpovědi R6 plyne: [...] „Zapojení všech členů týmu bylo špičkové a já jsem, alespoň doufám, byla vnímána ostatními stejně.“ Doporučuji rozdělovat hmotné dary a zpětnou vazbu pro všechny zaměstnance rovnoměrně. Zaměstnanci si takovýchto „maličností“ všimají a potom jsou demotivováni k výkonu své profese, čímž může být snížen výkon práce směrem k pacientovi.
- Mé poslední doporučení pro organizaci zní: Aby byla pozice sociálního pracovníka zařazena více do MDT v době krize například tím, aby se více staral o rodiny pacientů a byl přivoláván ke konziliu VŽDY, když se jedná o integraci rodiny s kriticky nemocným pacientem do celkového procesu péče. Tímto způsobem může sociální pracovník týmu pomoci snižovat míru stresu, které je zdravotnický personál vystavován při kontaktu s příbuznými (vlastní zkušenost) a umožní tím komplexnější péči o nemocného.

Z dat, která jsem posbíral ze svých rozhovorů, vyplynulo několik negativních odpovědí, na kterých je postavené doporučení pro organizaci. Je ovšem nutno podotknout, že převyšovaly pozitivní odpovědi s ohlasy o správných postupech a krocích organizace v krizové, pandemické době. Informanti, kteří se zúčastnili mého výzkumného šetření, byli sami překvapeni (v jednom případě až dojata) při pozitivních vzpomínkách na mnou zkoumanou dobu. V následujících bodech uvádím, jaké pozitivní markery byly uvedené informanty, jako velice zdařilé ze strany organizace.

- Pozitivní, rychlý, profesionální přístup organizace při sestavování MDT týmu v době krize.
- Pozitivní ohlasy informantů ohledně distribuce informací o aktuálním stavu covid pozitivních pacientů a celkovém dění v organizaci skrze informační portály organizace.
- Velice pozitivní ohlasy v ohledu osobního rozvoje a pracovního růstu při práci v MDT. V umožnění práce s novými zdravotnickými postupy, stroji, kolegy, pacienty, kde chci naposledy citovat kolegu R1, z důvodu krásy pohledu na věc: [...] „Pro mě osobně to nebylo to, co se popisovalo v novinách a jiných médiích. Pro mě to byla příležitost a myslím, že mohu děkovat naší organizaci, že je mi umožněno

pracovat v tak perfektně materiálně vybaveném i personálně zajištěném zdravotnickém pracovišti, jako je naše organizace“.

- Velmi pozitivní ohlasy na distribuci darů od neznámých dárců v době pandemie.
- Velmi pozitivní ohlasy na finanční ohodnocení a příplatky v dobách pandemie.
- Pozitivní odpovědi ohledně zdárného sestavení týmu a práce s kolegy.

Organizace FN je velký zdravotnický komplex, který podléhá správě ministerstva zdravotnictví a vládním nařízením. Všechna nařízení je nutno respektovat a dále distribuovat pro zaměstnance FN. Zde nastává úskalí, že se nelze vždy zavděčit všem a to obzvláště při implementaci změny, která je náhlá, rychlá, a ohrožuje pracovníky i jejich blízké na životech. Moje diplomová práce pracuje s ideou udržení loajality zaměstnance v MTD týmu ve velkém zdravotnickém zařízení jako je FN. Výše uvedená doporučení a pozitivní ohlasy by mohly organizaci napomoci, aby konala v dalších pandemických obdobích stejně dobře nebo ještě lépe a vyvarovala se chyb, které uvádějí její zaměstnanci.

6 Závěr

Zdravotnická péče v České republice je v mezinárodním srovnání na vysoké světové úrovni. Během pandemického krizového dění jsme se dostali společnými silami organizace a zaměstnance skrze nelehkou dobu. Aby zůstávali jak organizace, tak zaměstnanec v ní na svém pracovišti angažovaný, motivovaný a uvědomělý, vypracoval jsem tuto diplomovou práci na téma: Krizový management během pandemie covid-19 se zaměřením na multidisciplinární spolupráci. Doporučení, která plynou pro organizaci, jsou praktické opatření a postupy, která zabezpečí další působení zaměstnance v organizaci a MDT týmu. Mé vize, které jsem si nastavil před uskutečněním výzkumu, byly naplněné. Z výzkumu vyplynulo, že se organizace dokázala o své zaměstnance MDT postarat se ctí a vztyčenou hlavou a každý ze zaměstnanců popisuje toto období, navzdory negativní době, jako pozitivní a přínosné pro svůj profesní život. Díky organizaci v které členové MDT působili, si mohli vyzkoušet postupy a přístroje, se kterými se do té doby nesetkali. Díky organizaci se dostali do týmu, který jeden z participantů označuje za nejlepší tým, ve kterém působil, za jeho dlouholetou praxi. Díky organizaci se dostalo členům MDT podpory od dárců mimo hranice zdravotnického zařízení a organizace se jim tyto dary snažila posléze delegovat. Několik negativních připomínek, které členové MDT ve svých rozhovorech uvedli, jsou popsány v předchozí kapitole doporučení pro praxi, která z těchto negativních výstupů plynou, se však dají efektivně řešit. Pro organizaci jsem navrhl několik doporučení, která by mohla pomoci ke zkvalitnění péče o zaměstnance v MDT a tím zajistit komplexnější péči o pacienta. Protože spokojený zaměstnanec = spokojený pacient.

7 Sebereflexe výzkumníka

Na závěr práce považuji uvést krátkou reflexi mého výzkumu. Tento kvalitativní výzkum, je můj první velký výzkum s hloubkovými rozhovory a následnou analýzou a interpretací dat. Zkušenosti s tímto typem výzkumu jsou tedy u mne, vedoucího výzkumu, malé. Ne vždy jsem využil všech příležitostí a nezjistil jsem od participantů všechny zajímavé detaily, které mne posléze napadaly, když jsem si zpětně přehrával naše rozhovory. Určitá témata jsem mohl rozvést více do hloubky. Při analýze a interpretaci dat jsem mohl uchopit jistá témata více komplexně.

Téma výzkumu je přímo úměrné teoretické části. V té se snažím popsat všechny aspekty z mnou zkoumaného výzkumného cíle a zároveň se flexibilně snažím vejít do fakultou požadovaného množství normostran. Od teorie přecházím k výzkumu, kde formuluji výzkumné otázky a cíle. K zodpovězení všech výzkumných otázek vytvářím a přizpůsobuji otázky v rozhovoru. V organizaci zajišťuji povolení s výzkumem skrze náměstkyni pro ošetrovatelskou péči. Dále kontaktuji respondenty skrze elektronickou poštu, telefonát či osobní setkání s prosbou o účasti na mém výzkumu. Nejdříve jsem se snažil kontaktovat jedince sám, ale po pár neúspěšných pokusech jsem skrze svého styčného důstojníka získal dané kontakty a ti souhlasili s výzkumem. V této části musím sám za sebe říci, že jsem neshledal žádné větší obtíže.

Přecházím do části konání rozhovorů, kde na předem smluvené schůzce s participanty představuji svou vizi o provedení rozhovoru a svůj výzkum. V prvních rozhovorech jsem musel otázky číst z předem připraveného listu. To myslím, že vzbuzovalo u participantů lehkou nedůvěru. Myslím, že u třetího rozhovoru jsem se již naučil otázky přibližně zpaměti a bylo vidět, že participanti jsou více zaujati, když udržuji stálý oční kontakt, na což jsem dbal u všech mých interview. Občas se stalo, že jsem přeskočil nebo zapomněl otázku, což mne lehce vyvedlo z míry a musel jsem se zamyslet, kde jsme přestali. Zároveň se mi začal plést jazyk, nežli jsem našel zpátky přeskočenou větu. To by se sebevědomému výzkumníkovi stávat nemělo. Některé otázky byly občas nadbytečné, protože byly zodpovězené již v předchozí otázce a jen jsem je v hovorech zopakoval. Zpětně bych náplň rozhovorů více strukturoval. Vedení rozhovoru pro mne bylo nejvíce obtížné udržet u zdravotnických pracovníků, protože ti zabíhali do velkých odborných podrobností a ze slušnosti jsem si nedovolil je přerušovat. Tento přístup bych nyní změnil a taktně je poprosil, zdali přejdeme na další otázku.

V průběhu analýzy a interpretace dat jsem měl problémy s častými výpadky mého mobilního telefonu. Proto bych v dalších výzkumech zvolil zařízení, specializované pouze na nahrávání.

V posledních řádcích chci poděkovat a ocenit ochotu všech informantů, kteří participovali na mém výzkumu. Velice si vážím, že i přes svoji vytíženost našli čas a sílu se se mnou sejit. Všichni participanti byli ochotní, upřímní a necítil jsem z nich žádné náznaky otrávenosti či pohrdání. Některými respondenty bylo dokonce oceněno moje vedení rozhovoru a náplň otázek. Většina z nich uvedla, že navzdory nepěkné době, kterou přinesla pandemie covid-19, si nyní, a to díky mému rozhovoru, vzpomenu na těch pár hezkých chvil, které prožili s kolegy v MDT.

POUŽITÉ ZDROJE

Knížní zdroje

ANTUŠÁK, Emil a Zdeněk KOPECKÝ. *Úvod do teorie krizového managementu I.* 2. vyd. V Praze: Oeconomica, 2003. ISBN 80-245-0548-7.

ARMSTRONG, Michael a Stephen TAYLOR. *Řízení lidských zdrojů.* 13. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. s. 192 ISBN 978-80-247-5258-7.

BAŠTECKÁ, B., ČERMÁKOVÁ, V., KINKOR, M. *Týmová supervize: teorie a praxe.* Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0940-9.

BEDRNOVÁ, Eva a Ivan NOVÝ. *Psychologie a sociologie řízení.* 2. rozš. vyd. Praha: Management Press, 2002. ISBN 80-7261-064-3.

BEDRNOVÁ, Eva, Ivan NOVÝ a Eva JAROŠOVÁ. *Manažerská psychologie a sociologie.* Praha: Management Press, 2012. s. 275, 276. ISBN 8072612395.

BELBIN, M. R. *Týmové role v práci.* Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. ISBN 978-80-7357-892-3.

BĚLOHLÁVEK, František, Pavol KOŠŤAN a Oldřich ŠULEŘ. *Management.* Olomouc: Rubico, 2001. ISBN 8085839458.

BOHÁČEK, Jiří. *Sociologie řízení.* [Praha]: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2020. ISBN 978-80-88330-09-7.

DEMING, W. E. *Out of the Crisis.* Cambridge: Center for Advanced Engineering Study, Massachusetts Institute of Technology, 1986.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele.* 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. s. 112. ISBN 80-246-0139-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace.* Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum.* Třetí vydání. Praha, 2012. Sociologie (Grada). S. 48 ISBN 978-80-247-3006-6.

HLAVÁČKOVÁ, D., ŠTOREK, J., FIŠER, V., at al. *Krizová připravenost*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-452-8.

KOTTER, John P. *Vedení procesu změny: osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. 2., aktualizované vydání. Přeložil Hana ŠKAPOVÁ, přeložil Michal ČAKRT. Praha: Management Press, 2015. Knihovna světového managementu. ISBN 978-80-7261-314-4.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina, GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva, MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. V Ostravě: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. 96 s. ISBN 978-80-7368-987-2.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

MARCIANO, Paul L. *Cukr a bič nefungují: vybudujte si kulturu zapojení zaměstnanců na principech respektu*. Brno: Motiv Press, 2013, str. 67, 135 ISBN 978-80-904133-9-9.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.

OCHRANA, František a Milan PŮČEK. *Efektivní zavádění a řízení změn ve veřejné správě: smart administration*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. ISBN 978-80-7357-667-7.

PALÁN, Z. *Výkladový slovník: lidské zdroje*. Praha: Academia, 2002. ISBN 80-200-0950-7.

PETRUSEK, Miloslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. s. 493. ISBN 80-7184-310-5.

- PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PLAMÍNEK, J. *Synergický management*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-258-5.
- PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.
- ROBBINS, Stephen P. a Mary K. COULTER. *Management*. Praha: Grada, 2004. Profesionál. ISBN 8024704951.
- SITNÁ, Dagmar. *Metody aktivního vyučování: spolupráce žáků ve skupinách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2013. s. 105. ISBN 978-80-262-0404-6.
- SOLDÁNOVÁ, J. Co je multidisciplinární tým? Sborník z odborné konference s mezinárodní účastí – Multidisciplinární tým. Brno: LFMU Katedra ošetrovatelství, 2006. ISBN 80 – 7013 – 437 – 2
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 9788071955801.
- SVOBODNÍK, P. *Management pro zdravotníky v kostce*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. ISBN 978-80-7013-498-6
- TUČEK, Milan. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Studie (Sociologické nakladatelství). S. 428-435. ISBN 80-86429-22-9 .
- TURECKIOVÁ, M. 2004. *Řízení a rozvoj lidí ve firmách*. Praha: Grada Publishing. S. 55. ISBN 80-247-0405-6.
- VACULÍK, J., BERKA, A., KUBĚNKA, M.: *Řízení změn II. Díl, Implementace změn*. 1.vyd., Pardubice: Univerzita Pardubice, 2006. 89 s. ISBN 80-7194-834-9.
- VACULÍK, J.: *Řízení změn I. Díl, Vybrané kapitoly – základy a postupy*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2006. 141 s. ISBN 80-7194-833-0.
- VILÁŠEK, J. a FUS, J. *Krizové řízení v ČR na počátku 21. století*. vyd. Praha: Karolinum, 2012, s. 117. ISBN 978-80-246-2170-8.

VYMĚTAL, Štěpán, 2009. Krizová komunikace a komunikace rizika. Praha: Grada. Psyché (Grada). S. 16. ISBN 978-80-247-2510-9

ZAREMBA, Alan Jay. Crisis Communication. Armonk: M.E. Sharpe, 2015. ISBN 978- 0-7656-2831-2.

ZUZÁK, Roman a Martina KÖNIGOVÁ. Krizové řízení podniku. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2009. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3156-8.

ŽIŽLAVSKÝ, Martin. *Metodologie pro Sociální politiku a sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3110-7.

Internetové zdroje (URL)

Tak jako má každá budova, stavení a domy poštovní adresu, také webové stránky mají jedinečné adresy, díky kterým je mohou uživatelé nalézt. V případě internetu se těmto adresám říká URL (Uniform Resource Locator).

URL číslo:

- 1) <https://www.mvcr.cz/clanek/krizove-rizeni-72.aspx>
- 2) <https://www.mvcr.cz/clanek/krizovy-stav.aspx>
- 3) <https://www.hzscr.cz/clanek/nejcastejsi-otazky.aspx?q=Y2hudW09NQ%3D%3D>
- 4) <https://www.mvcr.cz/clanek/nevojenska-krizova-situace.aspx>
- 5) <https://www.mvcr.cz/clanek/stav-nebezpeci.aspx>
- 6) <https://www.mvcr.cz/clanek/zpravodajstvi-nouzovy-stav.aspx>
- 7) <http://zakony.centrum.cz/branny-zakon/cast-4>
- 8) <https://www.mvcr.cz/clanek/terminologicky-slovník-krizove-rizeni-a-planovani-obrany-statu.aspx>
- 9) <https://www.mvcr.cz/clanek/stav-ohrozeni-statu.aspx>
- 10) <https://www.mvcr.cz/clanek/valecny-stav.aspx>
- 11) ([https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-240?text=krizov%C3%A1%20situace § 11](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-240?text=krizov%C3%A1%20situace%20§%2011))
- 12) <https://www.nzip.cz/clanek/479-lekarska-vs-nelekarska-zdravotnicka-povolani>
- 13) <https://navigator.health.org.uk/theme/beveridge-report>
- 14) <https://academic.oup.com/sw/article/65/3/302/5869079?login=false>
- 15) https://www.koncepcbim.cz/uploads/inq/files/AS-P02-C0004-E3-R01_015_Obecn%C3%A1%20metodika%20pro%20%C5%99%C3%ADzen%C3%AD%20zm%C4%9Bn%20%28Change%20management%29.pdf

- 16) <https://www.krizport.cz/ostatni/krizove-stavy>
- 17) <https://www.czso.cz/csu/czso/covid-19-byl-vloni-druhou-nejcastejsi-pricinou-smrti>
- 18) https://digilib.phil.muni.cz/_flysystem/fedora/pdf/132945.pdf
- 19) <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/cvvm/nabidka-vyzkumu/osobni-dotazovani-face-to-face>
- 20) https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sociolog-stem-buchtik-rozhovor-frustrace-ockovani-meses-ockovani-covid-19.A211207_130808_domaci_lre
- 21) <https://www.itbiz.cz/slovník/ekonomie/efektivita>
- 22) <http://www.belbin.com/about/belbin-team-roles/>
- 23) <http://www.spis.cloud/intervent/>
- 24) <https://www.nconzo.cz/cs/prvni-psychicka-pomoc-ve-zdravotnictvi-intervenční-pece-poskytovana-sekundarne-zasazenym-870-122021>
- 25) <https://www.czso.cz/csu/scitani2021/nabozenska-vira>
- 26) <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1295>
- 27) <https://www.fnmotol.cz/prakticke-informace/paliativni-pece/>
- 28) <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1294>
- 29) <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16347/35540/Kvalifika%C4%8Dn%C3%AD%20standard%20Zdravotn%C4%9B-soci%C3%A1ln%C3%AD%20pracovn%C3%ADk.pdf>
- 30) <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/198>
- 31) https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/o_organizaci_paliativni_pece.pdf
- 32) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Publikace a vědecké články

FIŠER, V. Krizová připravenost zdravotnictví správního celku. Kurz IPVZ Praha č.: 201323, Praha 2004.

MADDOCK, A. 2015. Consensus or contention: an exploration of multidisciplinary team functioning in an Irish mental health context. *European Journal of Social Work*, 246-261.

PAYNE, M. 2000. *Teamwork in multiprofessional care*. London: Aardwark Editorial Suffolk.

SLÁMA, O., ŠPINKOVÁ, M., & KABELKA, L. 2013. *Standardy paliativní péče 2013*. Česká společnost paliativní medicíny.

Normy a legislativní dokumenty

- 1) organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. Projekt paliativní péče v České republice. Praha: Cesta domů.

Zákony a vyhlášky

- 1) Zákon č. 240/2000 Sb. Zákon o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon). Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-240?text=240%2F2000%20Sb.%20citace>
- 2) Ústavní zákon č. 110/1998 Sb. *Ústavní zákon o bezpečnosti České republiky*. Dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-110>
- 3) Ústavní zákon č. 1/1993 Sb. *Ústava České republiky, Čl. 39, 43*. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-1?text=v%C3%A1le%C4%8Dn%C3%BD%20stav>
- 4) Zákon č. 374/2011 Sb. *Zákon o zdravotnické záchranné službě*. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>
- 5) Vyhláška 870-12/2021 o první psychické pomoci ve zdravotnictví – intervenční péče poskytované sekundárně postiženým. Dostupný z: <https://www.nconzo.cz/cs/prvni-psychicka-pomoc-ve-zdravotnictvi-intervenци-pece-poskytovana-sekundarne-zasazenym-870-122021>
- 6) Nařízení vlády č. 462/2000 Sb. *Nařízení vlády k provedení § 27 odst. 8 a § 28 odst. 5 zákona č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon)*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-462>
- 7) Zákon č. 95/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceut. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>
- 8) Zákon č. 96/2004 Sb. zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

Novinové články

- 1) <https://www.lidovenoviny.cz/Login.aspx?d=24.03.2020&r=Unspecified> (str. 4,5)

Citáty

- 1) H. Ford: <https://citaty.net/citaty/1972306-henry-ford-spojeni-je-zacatek-setkavani-je-pokrok-a-spolupra/>
- 2) W. E. Deming: <https://www.brainyquote.com/authors/w-edwards-deming-quotes>

SEZNAMY

Seznam obrázků

Obrázek 1: Cílové skupiny krizové komunikace	17
Obrázek 2 - Rozdělení mezi krizovými situacemi a krizovými stavy.....	20
Obrázek 3: Lewin-Scheinův model procesu změny	25
Obrázek 4: Základní profese MDT ve zdravotnickém zařízení	30
Obrázek 5: Komplexní péče o pacienta/klienta MTD týmem.....	40
Obrázek 6: Naplnění všech aspektů práce s pacientem/klientem členy MTD týmu..	63

Seznam tabulek

Tabulka 1: Kompetence zdravotně sociálního pracovníka.....	36
Tabulka 2: Zkoumaný vzorek.....	49
Tabulka 3: Tabulka operacionalizace.....	97

Seznam zkratk

- ARO – anesteziologicko resuscitační oddělení
- CŽV – celoživotní vzdělávání
- ČR – Česká republika
- FHS – Fakulta humanitních studií
- FN – fakultní nemocnice
- JIP – jednotka intenzivní péče
- MDT – multidisciplinární tým
- MTD (tým) – Multidisciplinární (tým)
- SPIS - systém psychosociální intervenční služby
- UK – Univerzita Karlova
- UPV – umělá plicní ventilace
- VVO – Vedlejší výzkumná otázka
- WHO – World Health Organization
- ZSP – zdravotně sociální pracovník

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Scénář pro polo-strukturovaný rozhovor (nalezneme v této práci i zvlášť v přílohách DP)

Příloha B: Tabulka operacionalizace (nalezneme v této práci i zvlášť v přílohách DP)

Tabulka C: Povolení s výzkumem od organizace (nalezneme v této práci i zvlášť v přílohách DP)

Tabulka D: Informovaný souhlas (nalezneme v této práci i zvlášť v přílohách DP)

Tabulka E: Projekt diplomové práce (nalezneme pouze v přílohách DP)

Příloha A: Scénář pro polo-strukturovaný rozhovor

Úvod rozhovoru:

Příchod výzkumníka, představení výzkumníka a uvedení k tématu rozhovoru

- Na úvod osobní představení, zajistit aby participant byl seznámen důvodem mého výzkumu, a kde budou data z výzkumu uveřejněny.
- Vysvětlit participantovi: Téma práce, délku rozhovoru (okolo 30-60min), obeznámit ho s plnou anonymizací jak rozhovoru, tak organizace, ujistit ho, že nahrávka nebude poskytnuta 3. straně za žádných okolností a možnosti vynechat otázky, pokud mu budou jakkoliv vadit.
- Seznámení s průběhem rozhovoru: Počet otázek, jak se budu ptát na dané otázky a že se nemusí bát mluvit otevřeně.

Průběh rozhovoru

- Zapnutí nahrávání z diktafonu
- Podepsání nebo ústně vyslovený souhlas s nahráváním

Úvodní, bibliografické otázky

- Jaká je Vaše pozice v organizaci, kde vykonáváte Vaši praxi?
- Od kdy jste v organizaci zaměstnán/a?
- Kde jste pracovali během průniku onemocnění covid-19 na naše území? Jaké oddělení?

Ostatní otázky

- Pamatujete si Vaši první směnu od vyhlášení nouzového stavu? Byla náročná?
- Jak rychle jste se museli adaptovat na nově vzniklá opatření, která byla vydána vaší organizací a vládou ČR?
- Co tyto změny obnášely? Bylo něco, co Vás ve výkonu vaší praxe limitovalo?
- Je Vám znám pojem multidisciplinární tým (dále jen MDT)?
- Byl/a jste součástí MDT?
- Jaká zde byla vaše pozice?
- Kým jste byl/a ke spolupráci v MDT přizván/a? A kdy to bylo?
- Kdybyste měli označit člověka, který celý tým řídil (profesi), prosím jmenujte.
- Probíhala nějaká pravidelná setkání MDT?

- Jak často jste se scházeli a za jakým účelem?
- Přišlo Vám osobně někdy, že by některý z Vašich kolegů MDT podléhal nějaké nějakým stresovým/fyzicky náročným podnětům, které ovlivnily jeho výkon práce?
- Jaké atributy jste očekávali od svých kolegů v MDT ve výkonu práce s pacienty?
- Jaké atributy jste očekávali od svých kolegů v MDT v kolektivu?
- Byla za “doby Covidové“ Vaše pozice v MDT srovnatelně náročná s pozicí mimo “dobu Covidovou“?
- Co jste vnímal/a jako největší pozitiva a negativa spolupráce v MDT?
- Kdybyste se zpětně ohlédli, dokázala se organizace s náhle vzniklou krizí vypořádat důstojně s ohledem na pacienta/klienta i na zaměstnance?
- Co byste jmenovali za profesní klady a zápory, které si odnášíte z doby Covidové a práce v MDT?
- Je něco, co byste vytkli své organizaci, při formování nemocničních krizových úprav, při prvních vlnách pandemie?
- Je něco, co byste pochválili své organizaci, při formování nemocničních krizových úprav, při prvních vlnách pandemie?
- Pokud je něco, co by se mělo, dle Vašeho názoru, do dalších pandemických období změnit?
- Pokud nastane další, obdobná situace, budete opět chtít být součástí MDT na krizových odděleních?
- Co pro vás bylo motivující nebo naopak demotivující při výkonu práce v MDT během pandemie?
- Myslíte si, že bylo sestavení MDT zvládnuto správně?

Ukončení rozhovoru:

- Prostor pro dotazy účastníka
- Ukončení nahrávání z diktafonu
- Poděkování za společně strávený čas a věcné výpovědi
- Odchod

Příloha B: Tabulka operacionalizace

Tabulka 3: Tabulka operacionalizace

Hlavní výzkumná otázka		
Jaké byly klíčové faktory při implementaci změny a udržení pracovníka v týmu MDT ve zdravotnickém zařízení, během pandemické krize onemocnění covid-19?		
Dílčí výzkumné otázky	Indikátory	Cílené otázky v dotazníku
VVO1		
<i>Jak jste se Vy a Vaši kolegové v MDT dokázali adaptovat na nově vzniklá, krizová opatření spojená s pandemií onemocnění covid-19?</i>	Identifikace přijetí změny zaměstnancem v počátcích krize.	-Jak rychle jste se museli adaptovat na nově vzniklá opatření, která byla vydána vaší organizací a vládou ČR? -Co tyto změny obnášely? Bylo něco, co Vás limitovalo ve výkonu vaší praxe? - Přišlo Vám osobně někdy, že by některý z Vašich kolegů v MDT podléhal nějakým stresovým/fyzicky náročným podnětům, které ovlivnily jeho výkon práce?
VVO2a:		
<i>Jaká očekávání měli členi týmu od náplně práce v MDT ve zdravotnickém zařízení v době pandemie, směrem k pacientovi?</i>	Ideálně, identifikace všech atributů, které očekávají respondenti od svých kolegů směrem k pacientovi.	- Jaké atributy jste očekávali od svých kolegů v MDT ve výkonu práce s pacienty? - Co jste vnímal/a jako největší pozitiva a negativa spolupráce v MDT?
VVO2b:		
<i>Jaká očekávání měli členi týmu od náplně práce v MDT ve zdravotnickém zařízení v době pandemie, směrem ke svým spolupracovníkům?</i>	Ideálně, identifikace všech sociálních atributů pracovníka v MDT týmu směrem ke svým kolegům.	-Jaké atributy jste očekávali od svých kolegů v MDT v kolektivu? - Co jste vnímal/a jako největší pozitiva a negativa spolupráce v MDT?
VVO3:		

<p><i>Jak bylo subjektivně vnímáno vykonávání práce člena MDT v "době covidové" v porovnání s dobou mimo pandemii?</i></p>	<p>Subjektivní srovnání výkonu práce člena MDT v době krize a mimo ní.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pamatujete si Vaši první službu od vyhlášení nouzového stavu vládou České republiky? - Byla Vaše pozice srovnatelně náročná v "době covidové" a mimo tuto dobu? - Pokud nastane další, obdobná situace v českém zdravotnictví, budete opět chtít působit v MDT na krizových odděleních, pokud bude možnost výběru?
<p>VVO4:</p>		
<p><i>Co Vás osobně motivovalo k výkonu práce a setrvání v MDT v krizových momentech pandemie nebo naopak demotivovalo?</i></p>	<p>Identifikace prvků motivace u zaměstnanců v MDT týmu v době krize.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Co jste vnímal/a jako největší pozitiva a negativa při práci v MDT? - Co byste jmenoval/a za profesní klady a zápory, které si odnášíte z "doby Covidové"? - Co pro vás bylo motivující nebo naopak demotivující při výkonu práce v MDT během pandemie?

Příloha C: Povolení s výzkumem od organizace

ŽÁDOST O POVOLENÍ K VÝZKUMU V ORGANIZACI

Já, Bc. David Beneš žádám organizaci [redacted] zdali by mi udělila povolení k mému kvalitativnímu výzkumu v oblasti řízení ve zdravotnictví a sociálních věcech. Výzkum se bude skládat z rozhovorů s vybraným vzorkem zaměstnanců [redacted] kteří byli v době pandemie Covid-19 zaměstnanci a v prvních liniích se společnými silami snažili brzdit krizi a pomáhat druhým. Prioritní zaměření bude na multidisciplinární tým. Výzkum bude uveřejněn v mé diplomové práci, kterou budu odevzdávat na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. Jak naše organizace, tak účastníci na výzkumu budou plně anonymizováni. Organizace se tak nemusí bát, že by projekt jakkoliv ovlivnil její fungování, či ohrozil její renomé. Naopak, výstup práce bude sloužit organizaci jako opora při zvládnutí krizových chvílí stejných nebo podobných s pandemií Covid-19.

Tímto uděluji souhlas s provedením výzkumu

V Praze dne 17.5.2023; [redacted]

Příloha D: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Vedoucí výzkumu:

Jméno: Bc. David Beneš

E-mail: Davidbene**@seznam.cz

Tel. Kontakt: 774554***

Diplomová práce se týká tématu: Krizové řízení během pandemie onemocnění covid-19 se zaměřením na multidisciplinární spolupráci. Cílem práce je **identifikace klíčových faktorů při implementaci změny z pohledu pracovníka MDT a jeho následné udržení v týmu, během pandemické krize, onemocnění covid-19.**

Výzkum se bude skládat z rozhovorů, které budou vedeny s předem vybraným vzorkem participantů. Participant, tedy vy, se svým podpisem zavazuje k tomu, že jeho účast na výzkumu je zcela dobrovolná. Svým podpisem participant stvrzuje i povolení k použití dat, která budou získána během rozhovorů s výzkumníkem. Použitím se myslí, že data budou zcela plně anonymizována a prezentována v mé diplomové práci. Pokud participant nebude chtít podepisovat papírovou formu informovaného souhlasu s výzkumem, je možné vyslovit svůj souhlas ústně, se stejnými podmínkami, které jsou uvedeny v tomto dokumentu.

Průběh participace:

Participant, který dobrovolně podstoupí mé výzkumné šetření, bude podroben krátkým polo-strukturovaným rozhovorům, které budou nahrávány na diktafon mého mobilního zařízení značky Apple a Samsung. Participace na výzkumech je zcela pod záštitou anonymity. Rozhovory se budou odehrávat v uzavřené místnosti, kterou si sami předem vyberou nebo která bude nabídnuta výzkumníkem. Žádný z rozhovorů by neměl přesáhnout délku jedné hodiny. Účast na výzkumu je zcela dobrovolná. Participant podpisem této zprávy bere na vědomí, že je KDYKOLIV, během rozhovoru možné od procesu výzkumu odstoupit. Dále je možné přeskóčit nebo neodpovídat na odpovědi, které se informantovi nebudou zdát v pořádku nebo mimo soulad s výzkumem. Data shromážděná od informantů posléze roztřídím a procesem kódování a použiji je v pro řešení empirické části své diplomové práce. Odevzdaná data i diplomová práce bude uložena v repozitáři závěrečných prací Fakulty humanitních studií, Univerzity Karlovy. Vedoucí výzkumu se zavazuje

k tomu, že data nebudou za žádných okolností poskytnuta třetí straně a výstup práce nijak neovlivní stávající existenci zaměstnanců v organizaci.

V Praze, dne:.....

Podpis výzkumníka:.....

Podpis informanta:.....

