



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Review article

Odpor zdravotníků vůči změnám ve zdravotnictví**Resistance of health personnel to changes in healthcare**

Jiří Mareš *

Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Hradec Králové, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2018-02-09

Accepted: 2018-04-05

Published online: 2018-10-12

Keywords:

Change

Resistance to change

Hospitals

Health personnel

Theories of change

Assessment

ABSTRACT

This study is based on scientific literature in the fields of health, management, sociology and psychology. It notes that the implementation of changes in healthcare (from major conceptual changes to changes at the level of a particular workplace) usually results in objections on the part of health personnel. The study is structured into six parts. The first part describes the difficulties associated with defining the term “resistance to change”. It also provides an overview of different types of resistance to change. The second part illustrates the general concept of resistance to change by means of examples from the area of health care. It also introduces conceptual changes to the healthcare system, changes in IT use, changes in nursing, and organizational changes within an institution. The third part is devoted to three theoretical models: the three-dimensional model of change (Pettigrew), the cyclical concept of the four phases of change (Lawrence), and the psychological model of experiencing change by an individual (a modification of the Kübler-Ross five stage model). The fourth part gives an overview of factors that (according to the results of previous research) contribute to the resistance of health personnel to change. The fifth part focuses on methods used to diagnose the resistance to change, and presents basic information about ten questionnaires used for this purpose. The sixth (and final part) points out that the critical attitudes of health personnel to change do not fully reject it. The workers’ attitudes and behaviour are rather ambivalent with a tendency to change over time, but they may also have a positive function: they maintain the stability of the system; preventing superficial, ill-conceived changes and uncritically accepted innovations. If management listens to workers’ opinions, they can initiate a thorough debate and can provide stimuli to improve the original form of change. Seriously conceived resistance to change can alter the change for the better.

SOUHRN

Tato přehledová studie se opírá o odbornou literaturu z oblasti zdravotnictví, managementu, sociologie a psychologie. Konstatuje, že zavádění změn ve zdravotnictví (od velkých koncepčních změn až po změny na úrovni konkrétního pracoviště) se u části personálu zpravidla setkává s výhradami. Studie je strukturována do šesti částí. První část přibližuje obtíže, které jsou spojené s definováním pojmu odpor vůči

* **Korespondenční autor:** prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc., Lékařská fakulta UK, Ústav sociálního lékařství, Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové, Česká republika; e-mail: mares@lfhk.cuni.cz
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.04.002>

Klíčová slova:

změna
odpor ke změně
nemocnice
zdravotničtí pracovníci
teorie změny
diagnostika

změně; podává též přehled rozdílných typů odporu vůči změně. Druhá část ilustruje obecný pojem „odpor vůči změně“ příklady ze zdravotnictví. Uvádí koncepční změny zdravotnického systému, změny ve využívání IT, změny v oboru ošetrovatelství a organizační změny v rámci jedné instituce. Třetí část je věnována třem teoretickým modelům: trojdimenzionálnímu modelu změny (Pettigrew), modelu cyklického průběhu změny (Lawrence) a psychologickému modelu prožívání změny jedincem (modifikace modelu Kübler-Rossové). Čtvrtá část podává přehled faktorů, které se (podle výsledků dosavadních výzkumů) spolupodílejí na odporu zdravotníků vůči změnám. Pátá část se soustřeďuje na metody, jimiž lze měřit míru odporu ke změně diagnostikovat, a prezentuje základní údaje o 10 používaných dotaznících. Šestá, závěrečná část upozorňuje, že kritické postoje zdravotníků vůči změnám nelze ztotožňovat s úplnou negací změny. Nejenže postoje a jednání pracovníků bývají spíše ambivalentní a mění se v čase, ale mívají i pozitivní funkci: udržují stabilitu systému; brání povrchním, nedomyšleným změnám a nekriticky přijímaným inovacím. Pokud jim management naslouchá, mohou iniciovat debatu, která půjde do hloubky a může přinést podněty na vylepšení původní podoby změny. Seriózně koncipovaný odpor ke změně může přetvořit změnu k lepšímu.

© 2018 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Zavádění změn ve zdravotnických zařízeních (tím spíše změn v celém zdravotnickém systému) není snadnou záležitostí. Obvykle jen menší část zdravotníků je nakloněna změnám, tj. je ochotna se podílet na změnách [1], jejich osobnostním rysem je tendence akceptovat změny [2]. Častější jsou případy, kdy se změna setkává u řadových pracovníků s nedůvěrou, s pochybnostmi, ba i s odmítáním. Odpor k větším změnám je živěn kulturou, která převládá ve zdravotnických institucích a dá se shrnout do bonmotu: jakákoli změna je obvykle změnou k horšímu. Psychologové zabývající se managementem upozorňují, že odpor vůči změnám je přirozenou součástí celého procesu změny a ti, kdo změny zavádějí, s ním musí počítat. Vždyť pracovníci mají přejít od toho, co důvěrně znají, k něčemu neznámému [3]. V plném rozsahu to platí i pro změnu zdravotní péče, která bývá označována jako péče zaměřená na osobu (person-centered care) nebo péče zaměřená na pacienta (patient-centered care). Odpor řady zdravotníků a zdravotnických týmů přetrvává, třebaže uvedený typ změny je doporučován v materiálech WHO [4].

Abychom porozuměli podstatě problému, musíme odstoupit od odporu vůči konkrétní koncepční změně (např. zavádění skutečně individualizované péče) a zasadit toto téma do širšího kontextu, tj. principiální nedůvěry pracovníků vůči všemu, co narušuje zaběhaný status quo.

Naše přehledová studie si proto klade tyto cíle: 1. definovat pojem „odpor vůči změně“ a přiblížit typy takového odporu, 2. uvést příklady odporu zdravotníků vůči změnám ve zdravotnictví. 3. uvést teoretické modely změn v organizacích, které berou v úvahu odpor pracovníků, 4. podat přehled faktorů, které se spolupodílejí na odporu pracovníků vůči změnám, 5. přiblížit metody, jimiž se dá zjišťovat odpor pracovníků vůči změnám.

Stranou ponecháváme další zajímavá témata, např. management zavádění změny, možné intervence proti projevům odporu a hodnocení účinnosti změny.

Definování odporu vůči změně a typy odporu

Zatím jsme pracovali s pojmem „odpor vůči změně“ volně. Je však třeba ho přesněji definovat. Situaci komplikuje fakt, že odpor vůči změně není záležitostí jednoho vědního oboru, nýbrž jde o transdisciplinární záležitost [5]. Na zkoumání se podílejí mj. tyto obory: zdravotnický management, sociologie, sociální psychologie, psychologie práce a organizace, medicína, ošetrovatelství. Z toho plyne, že odpor vůči změně nemá jednu dimenzi, ale mnoho dimenzí – jde tedy o multidimenzionální jev [6]. Nemálo autorů se snažilo tento jev přesněji definovat, ale zatím jde o dílčí pohledy; dosud neexistuje jedna všeobecně přijímaná definice.

Jako východisko akceptujeme základní rozlišení Bauera [7], který říká, že odpor vůči změně představuje neoficiální, skryté jednání pracovníků dané instituce. Oproti tomu existují oficiální protesty, které v rámci dané instituce vyhlásí organizace, jež pracovníky zastupují při jednání s vedením instituce. Tyto protesty musí respektovat platnou legislativu. V této studii se budeme věnovat pouze neoficiálnímu, implicitnímu dění v dané instituci.

Z psychologického pohledu je užitečná definice, která říká, že změna sama, její vnímání a hodnocení je ovlivněno subjektivními faktory. „Jde o jednání jedince a skupiny v případech, kdy vnímají, že změna, která nastává, je pro ně hrozbou. Klíčovými slovy v této definici jsou ‚vnímání‘ a ‚hrozba‘. Nemusí tedy jít ani o reálnou, ani o závažnou hrozbu. Tato obvyklá charakteristika odkazuje na změnu uvnitř organizace, i když někde jinde může změna nabývat jiných forem. Odpor mívá různé podoby: aktivní – pasivní, veřejnou – skrytou, individuální – organizovanou, agresivní – bázlivou“ [8].

S druhou definicí přichází psychologie managementu. Odpor vůči změně je podle ní „takové jednání, které slouží k udržení status quo v situaci, kdy jedinec či skupina čelí tlaku tento status quo změnit“ [9, s. 63].

Třetí definice je manažerská: „Odpor vůči změně je formou nesouhlasu se změnou postupu nebo praxe v určité

organizaci. Změnou, kterou jedinec považuje za nepříjemnou, nevhodnou; na základě svého a/nebo skupinového posouzení s ní nesouhlasí. Záměr odporovat změně je přínosem jak pro aktéra samotného, tak pro skupinu osob (přičemž aktér může být jejím členem anebo s ní jen spolupracuje). Odpor však výrazněji neohrožuje potřeby dané organizace. Odpor vůči změně se navenek projevuje neoficiálními akcemi, ať individuálními, nebo skupinovými. Mohou mít podobu nenásilného, indiferentního, pasivního či aktivního jednání“ [10, s. 14]

V právě citovaných definicích jsme zmínili určité typy odporu. Podívejme se však na používané typologie podrobněji:

- podle míry aktivity aktérů se tradičně rozlišuje odpor aktivní a pasivní;
- podle projevení se odporu navenek existuje odpor skrytý (snížení výkonu, zpomalování práce, zatajování informací) a veřejný (hlasitý nesouhlas, demonstrativní odmítání určitých činností);
- podle intenzity projevovaného rozlišujeme odpor agresivní a bázlivý [8];
- podle počtu aktérů lze odlišit odpor individuální a skupinový; objevuje se i termín „odpor celé organizace“ – viz např. Lorenzi a Ridell [11];
- podle míry očekávanosti rozlišujeme odpor očekávaný a neočekávaný [12];

- podle míry rizika, které aktérům při odporu hrozí, rozlišujeme nízké, střední a vysoké riziko [10];
- podle průběhu rozlišujeme odpor přechodný a trvalý;
- podle důvodu, který vyvolal odpor, lze rozlišit např. odpor vůči průběhu změny (např. způsobu, jak je zaváděna) nebo proti výsledkům změny [13];
- podle způsobu odporování změnám rozlišujeme odpor ilegální, nemorální, neetický, nepříjemný, protivný, nevhodný [10];
- podle psychologických charakteristik lze rozlišit odpor založený na emocích, postojích, kognici a na chování aktérů odporu;
- podle typu emocí, které změny u pracovníků vyvolává, existuje odpor způsobený dopálením se, vztekem [14];
- podle typu emocí, které změna u pracovníků vyvolává, existuje odpor způsobený pocitem bezmocnosti, kdy pracovníci mají pocit, že nemohou průběh změn nijak ovlivnit [15];
- podle typu emocí, které změna u pracovníků vyvolává, existuje také odpor vznikající z nespokojenosti pracovníků s výsledky, které změna přináší; považují je za nepříznivé [16].

Kromě jednotlivých typů odporu vůči změně nebo polárních dvojic odporu se v literatuře můžeme setkat také s přístupem, který kombinuje dvě polární dimenze a dospívá ke čtyřem kvadrantům odporu (viz graf 1).



Graf 1 – Čtyři kvadranty odporu ke změně [16, s. 33]

Představili jsme hlavní typy odporu zdravotníků ke změnám ve zdravotnictví, ale stále jsme mluvili o odporu v obecné rovině, tj. nepřiliš konkrétně. Které změny zdravotníkům vadí, s čím třeba nesouhlasí? Na tuto otázku se snaží odpovědět další oddíl naší studie.

Příklady odporu zdravotníků vůči změnám ve zdravotnictví

Publikované výzkumy naznačují, že zkoumání odporu zdravotníků vůči plánovaným či uskutečňovaným změnám se týká široké škály změn. Od velkých, koncepčních změn, které souvisejí se způsobem poskytování péče občanům, až po změny, jež jsou spojeny s jedním dílčím postupem nebo jen s jedním zdravotnickým oborem. Jinak řečeno: kritériem je rozsah změn. Kromě toho můžeme uvažovat také o tom, kdo změnu prosazuje (WHO, ministerstvo zdravotnictví, odborná lékařská společnost, regionální orgány, vedení jednoho zdravotnického zařízení, vedení jednoho pra-

coviště). My se přidržíme prvního kritéria; zde jsou některé příklady:

Koncepční změny

Prvním příkladem takových změn je odpor k zavádění individualizované péče o pacienty. Např. výzkum Johanssonové et al. [17] ukázal, že organizační kultura ve zkoumaných švédských ambulantních zařízeních a nemocnicích se vyznačuje těmito charakteristikami: flexibilitou, soudržností týmů, pocitem, že někam patřím a vzájemnou důvěrou. Tendence odporovat změnám byla u pracovníků těchto zdravotnických zařízení sice nízká, ale současně tito pracovníci vykazovali vyšší kognitivní rigiditu, což současně naznačuje tendenci vyhýbat se alternativním ideám a odlišným pohledům na realitu.

Dodejme, že ambivalence má svoje historické kořeny. Alharbi et al. [18] připomínají, že kultura ve zdravotnických zařízeních s dlouhou tradicí a hluboce zakořeněnými

postupy při poskytování péče (jako je tomu ve Švédsku) má tendenci vzdorovat změně, zatímco organizační kultura, v níž se prosadily flexibilita, soudržnost a důvěra, změnu usnadňuje. Neplatí to však absolutně.

Důležitým parametrem pro prosazování a zavádění změny je čas. Jiné vztahy zřejmě platí pro počáteční fázi zavádění změny a jiné pro fázi, kdy už bylo změny dosaženo, ale jde o její dlouhodobé udržení (viz individualizovaná péče o pacienty). Zdá se tedy, že v počáteční fázi napomáhá změně organizační klima vyznačující se flexibilitou, soudržností a důvěrou, zatímco v konečné fázi je výhodnější klima, pro něž je charakteristická stabilita, kontrola a řízení, plánování, stanovování cílů. Souhrnně řečeno s Alharbim et al. [18]: organizace, která dokáže citlivě vyvážit protikladné charakteristiky obou organizačních kultur, má větší šanci na úspěšné zavedení změny i na její dlouhodobé udržení.

Druhým příkladem koncepčních změn ve zdravotnictví je zavádění přístupu, který se podle své aplikační oblasti označuje buď jako „medicína založená na důkazech“, nebo „ošetřovatelství založené na důkazech“. Základem obou je myšlenka překonat propast mezi množstvím a kvalitou nových poznatků, které průběžně přináší medicínský/ošetřovatelský výzkum, a mezi tím, co z těchto nových poznatků se reálně využívá v běžné zdravotnické praxi.

Přehledová studie Bosse et al. [19] ukazuje, že jednou z nadějných cest, jak přenést výzkumné poznatky do každodenní praxe lékařů, je tvorba tzv. doporučených postupů. Mezi důležité podmínky praktického využití takových doporučení je jejich relevantnost pro klinické problémy, s nimiž se lékaři potýkají a musí se rozhodnout pro jejich řešení, a dále kvalita doporučovaných postupů. Citovaná studie shrnuje hlavní překážky, které se staví do cesty systematickému používání klinických doporučených postupů. Rozděluje je do tří velkých skupin: strukturální překážky (nedostatečné zdroje, organizační obtíže, postoje vedení organizace, nízká vědecká kvalita doporučených postupů), dále překážky týkající se prostředí zdravotnického zařízení (politického, ekonomického a sociálně-kulturního). Pro naše téma jsou nejdůležitější překážky týkající se personálu, tedy pracovníků zdravotnických zařízení, neboť ti generují odpor vůči změnám. K překážkám patří nedostatečné odborné znalosti a nedostatečné porozumění principu změn, zkresené vnímání změn, negativní postoje vůči změnám a negativní motivace pracovníků.

Jedním z výzkumů, které se věnují zavádění „ošetřovatelství založeném na důkazech“ do praxe, je výzkum Majid et al. [20]. U sester ve dvou nemocnicích autorky zkoumaly jejich znalosti, postoje, vnímanou vlastní zdatnost (self-efficacy) při využívání péče založené na důkazech a překážky, s nimiž se setkávají. Přestože téměř dvě třetiny dotázaných sester zaujímaly pozitivní postoj k novému koncepčnímu přístupu, většina sester s ním měla určité obtíže; projevovaly se obavami, rezervovaností až nechutí ke změnám dosavadní praxe. Na prvních pěti místech figurovaly tyto důvody: nedostatek času věnovat se takovému typu péče na pracovišti, nedostatek času na sledování nejnovější odborné literatury, neschopnost porozumět statistickým termínům ve výzkumných článcích, neschopnost porozumět metodologickým formulacím ve výzkumných článcích, obtížné posuzování kvality jednotlivých výzkum-

ných článků, nedostatek času změnit dosavadní praxi na pracovišti. Posledně zmíněná obtíž je možná vyjádřena příliš eufemisticky. Spíše jde o jinou, mnohem závažnější obtíž: nedostatek autonomie pro to, aby sestra mohla změnit současnou praxi na svém pracovišti [21].

Změny ve využití IT ve zdravotnictví

Ve zdravotnictví se v posledních letech stále ve větším rozsahu využívají informační a komunikační technologie. Příkladem může být zavádění systémů elektronické dokumentace o pacientech, určené především pro zdravotníky, ale také pro občany. Zavádění nových systémů se setkává s určitým odporem. Svědčí o tom nejen přehledová studie Forda a Fordové [22], ale také konkrétní výzkumy [23, 24], využívají se např. specifické modely toho, jak probíhá akceptování nových informačních technologií zdravotnickými pracovníky [25, 26].

Změny v jednom zdravotnickém oboru

Změny nemusí probíhat na úrovni celého zdravotnictví, ale pouze na úrovni jednoho zdravotnického oboru. Příkladem může být ošetřovatelství. Odpor ke změnám se objevuje už ve vzdělávání sester, jak dokládá skutečnost při setkávání se s inovacemi pedagogického procesu na vysokých školách [5]. Objevují se texty, které nabízejí teoretické modely pro plánování a uskutečňování změn v poskytování ošetřovatelské péče, popisují fáze zavádění změn i očekávaný odpor sester vůči změnám [27]. Jednou z cest, jak prosazovat inovace do běžné praxe, je zapojení tzv. edukátorů sester, tj. klinických expertů, kteří se starají o další vzdělávání sester, rozvoj jejich kompetencí, seznamování s novinkami a překonávání odporu sester vůči inovacím [12].

Organizační změny ve zdravotnických zařízeních

Organizace (včetně zdravotnických zařízení) se musí průběžně přizpůsobovat vnějším okolnostem, měnícím se podmínkám. Reagují na ně mj. průběžnými změnami a pracovníci se musí s těmito změnami vyrovnávat. Trvá-li však proud změn dlouho, jejich adaptační potenciál se vyčerpává a přejí si také zažít období stability, pracovních jistot. Jinak nastupuje jev, který Bernerth et al. [28] označují jako únavu ze změn. Jejich výzkum ukázal, že tento specifický typ únavy má závažné negativní dopady. Navozuje psychickou nejistotu, dostavuje se emoční vyčerpání, neochota až odpor ke změnám, tendence odchodu ze zaměstnání.

Ve zdravotnických zařízeních se čas od času jeho vedení snaží změnit dosavadní strukturu pracovišť a způsob jejich řízení. Příkladem je výzkum Caldwell et al. [29], kteří sledovali úsilí vedení nově koncipovat řízení a pravomoci, ovlivnit skupinové normy, postoj pracovníků ke změnám a změnit chování personálu a tím změnit i fungování pracovišť, aby se zvýšila spokojenost pacientů. Účastníky této studie byli lékaři. Zvláště náročné pro vedení byly dva úkoly: a) postupně měnit kulturu pracovišť tak, aby začala podporovat změnu; b) aby pracovníci pochopili, že zavádění nových přístupů je v určitých etapách hledáním nejvhodnějšího řešení a dokázali tolerovat dílčí chyby.

Teorie a modely změny

V odborné literatuře, zejména té, která se věnuje managementu, se setkáváme s řadou teorií, které se snaží charakterizovat průběh změny a stanovit jeho klíčové fáze. Jen u některých teorií se setkáváme se snahou lokalizovat tu fázi, v níž se projevuje odpor vůči změnám. Připomeneme dvě teorie, jež jsou zmiňovány nejčastěji.

Trojdimenzionální model změny

Podle Pettigrewa [30] a Pettigrewa a Whippa [31] má studium změny odlišit její tři základní dimenze: kontext změny, její obsah a průběh.

Kontext změny bere v úvahu skutečnost, že se změna odehrává jednak ve vnitřním prostředí organizace, jednak že celá organizace funguje ve vnějším, tedy širším prostředí, jemuž se musí přizpůsobovat. Proto model rozlišuje vnitřní kontext změny (strukturu organizace, organizační kulturu, dělbu pravomocí, disponibilní zdroje atd.) a vnější kontext (sociální, právní, ekonomický atd.).

Obsahová stránka změny je spoluurčována jak vnějším, tak vnitřním kontextem. Management organizace předkládá organizaci určitou vizi změny. Musí však podstatu navrhované změny a její předpokládaný přínos vysvětlit pracovníkům dané organizace; motivovat je ke spoluúčasti na uskutečňování změny a k dosažení předpokládaných cílů.

Proces změny sestává z činností, které je třeba vykonat, aby změna proběhla a byla pro organizaci jako celek i pro pracovníky přínosem. Model rozlišuje tři faktory, které management musí dobře zvládnout. Musí vypracovat logický postup pro zavádění změny; musí řídit přechod od jedné etapy změny ke druhé; musí snižovat odpor pracovníků vůči změně. Právě procesualní stránka modelu představuje finální stadium trojdimenzionálního modelu změn.

Model cyklického průběhu změn

Podle Lawrence et al. [32] nejsou změny jednorázovou a ukončenou záležitostí, ale v modifikované podobě se opa-

kují, tj. mívají cyklický charakter. Změna probíhá ve čtyřech fázích a každá jednotlivá fáze je svébytným celkem. Má specifickou podobu, vyžaduje jiné zdroje a jiný typ vůdčích osobností, které danou fázi uskutečňují.

První fáze: Využití vlivu k prosazení myšlenky na změnu. Klíčoví aktéři: lidé, kteří mají přístup k vedení instituce, znají neformální vztahy mezi vlivnými lidmi. Dokážou je získat na svou stranu a přesvědčit je o nutnosti změny (metaforicky řečeno: misionáři).

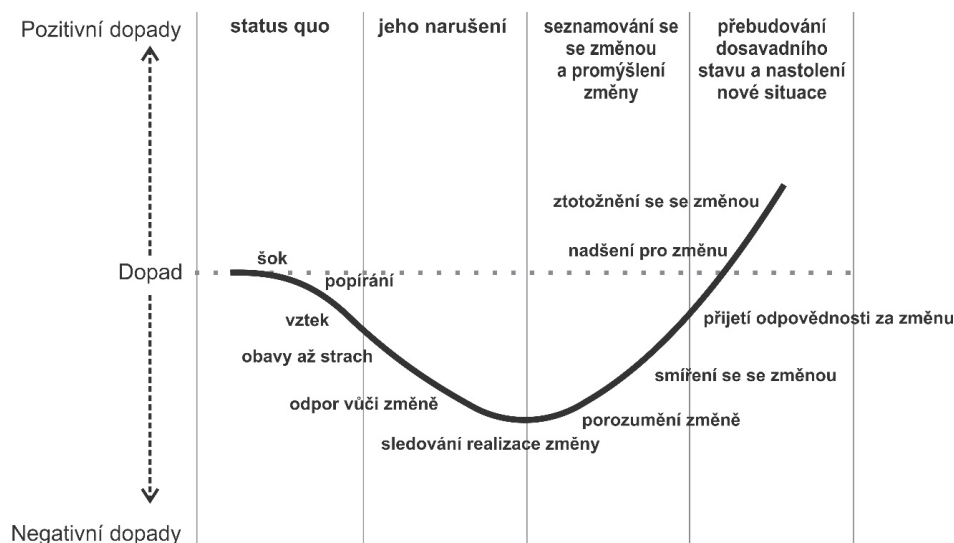
Druhá fáze: Použití autority ke změně dosavadních postupů. Klíčoví aktéři: lidé, kteří mají autoritu a pravomocí, zaujímají potřebné postavení, mají vliv; prosazují změnu, překonávají odpor vůči změně (jde o typ autokratů).

Třetí fáze: Zakotvení změny do technologických postupů. Klíčoví aktéři: lidé, kteří znají celou organizaci i její stávající systémy; navrhnou a provádějí změnu systémů, např. finančních, počítačových, správních (jde o typ architektů).

Čtvrtá fáze: Vytváření kultury, která je příznivá pro stálé změny. Klíčoví aktéři: lidé, kteří se podílejí na spoluvytváření takového sociálního klimatu a organizační kultury, jež jsou příznivé inovacím a kultivují sociální prostředí dané organizace (jde o typ edukátorů).

Právě uvedené dva modely změn se týkaly instituce jako celku. Pokud nás zajímá, jak asi probíhá vyrovnávání se se změnou na úrovni jednotlivce, ukazuje se, že se někteří manažeři inspirovali psychologickým modelem Elizabeth Kübler-Rossovové [33]. Autorka ho vytvořila, aby přesněji popsala etapy, jimiž prochází pacient, když se vyrovnává se sdělením infaustní diagnózy či s tragickou ztrátou někoho blízkého. Její standardní model má pět fází: popírání – vztek, agrese – smlouvání – deprese – smíření.

V publikacích o managementu ve zdravotnictví nalezneme řadu modelů, které se inspirovaly modelem Kübler-Rossovové [33]. Jejich autoři ho modifikovali a použili pro znázornění celé sekvence psychických stavů, které jedinec zažívá, když se snaží vyrovnat s takovou změnou ve zdravotnickém zařízení, již vnímá jako hrozbu. Jeden z těchto modelů je znázorněn v grafu 2.



Graf 2 – Model sekvence psychických stavů, které jedinec zažívá, když se vyrovnává se změnou, kterou považuje za ohrožující (inspirován modelem Kübler-Rossovové)

V grafu 2 jsou znázorněny dvě osy. Osa x rozlišuje čtyři etapy zavádění změny: status quo – jeho narušení – seznamování se se změnou a promyšlení změny – přebudování dosavadního stavu a nastolení nové situace. Osa y rozlišuje míru dopadu navrhované změny na škále: pozitivní dopady – negativní dopady.

Model předkládá tuto sekvenci psychických stavů jedince vyrovnávajícího se se změnou: šok – popírání – vztek – obavy až strach – odpor vůči změně – sledování realizace změny – porozumění změně – smíření se se změnou – přijetí odpovědnosti za změnu – nadšení pro změnu – ztotožnění se se změnou. Jde o teoretický model, který předpokládá, že všichni pracovníci zdravotnického zařízení, v němž probíhá změna, projdou všemi fázemi a že všichni dojdou např. do fáze nadšení pro změnu. Někteří se se změnou jenom smíří, jiní s ní budou (byť skrytě) dál nesouhlasit a klást jí odpor.

Logicky se nabízí otázka, které faktory ovlivňují odpor pracovníků vůči změnám, které faktory odpor „přizívají“? Shrnující pohled přináší další oddíl naší studie.

Faktory ovlivňující odpor zdravotníků ke změnám

V odborné literatuře se mluví obecně: o příčinách odporu ke změně [34, s. 17], o příčinách/antecedentech odporu ke změně [35], o silách odporujících změně [23, 36], o zdrojích odporu vůči změně [37].

Například Ceptureanu [38] se v některých případech spokojuje s neutříděným výčtem anebo se snaží definovat určité úrovně, na nichž změny probíhají.

My jsme se pokusili o nové třídění, které by vzalo v úvahu hlavní skupiny faktorů, jež spoluurčují výsledný odpor lidí ke změně. Vybrali jsme je jednak z výzkumů, které se přímo zabývají odporem vůči změnám ve zdravotnictví, a dále z prací, které se týkají managementu obecně a mohou být pro zdravotnictví inspirativní. Vytvořili jsme celkem osm skupin faktorů (podrobnosti viz tab. 1).

Tabulka 1 přiblížila osm úrovní, na nichž působí faktory, jež ovlivňují odpor zdravotníků k prosazovaným změnám. Jsou to: zvláštnosti prosazované změny samotné, průběh zavádění změny, zvláštnosti prosazovatele změny, zvláštnosti pracovníka, jehož se změna týká, zvláštnosti skupiny pracovníků (např. zdravotnického týmu), jichž se změna týká, zvláštnosti dílčího pracoviště (např. oddělení, kliniky), zvláštnosti zdravotnické instituce jako celku (např. nemocnice, léčebny), zvláštnosti instituce nadřizené zdravotnickému pracovišti (na úrovni kraje, státu).

Z tabulky 1 je zřejmé, že nejvíce pozornosti se zatím věnuje individuálním zvláštnostem pracovníka, jehož se změna týká, neboť výrazně ovlivňují jeho postoj ke změnám a jeho reálné chování. S výrazným odstupem následují zvláštnosti zdravotnického zařízení jako celku (včetně jeho vedení a managementu). Třetí skupinu tvoří: zvláštnosti prosazovatelů změn, způsob zavádění změn a zvláštnosti skupiny pracovníků (zdravotnického týmu), jehož se změna týká.

Nabízí se tedy otázka, která směřuje do oblasti diagnostiky: kterými diagnostickými metodami můžeme zjistit míru odporu pracovníků vůči připravovaným nebo už probíhajícím změnám?

Tabulka 1 – Skupiny faktorů, které spoluurčují odpor vůči změně

Označení skupiny	Příklady konkrétních faktorů	Autoři, kteří s nimi pracují
Typ změny samotné, její rozsah a míra rizika, které je s ní spojeno	strategická změna se týká proměny koncepce celé instituce, jejího poslání, cílů, její „filozofie“ fungování, ukazatelů kvality; dopadá na většinu pracovníků dané instituce někdy se také mluví o radikální, revoluční změně	Armstrong [39]
	rizikem může být neadekvátní strategická vize, k níž má změna danou instituci dovést	Bedrnová a Nový [40]
	funkční změna zavádí nové postupy, nové technologie, nové přístroje; týká se jen některých pracovišť a jen některých pracovníků někdy se také mluví o postupné změně	Waddellová a Sohal [41]; Rumelt [42]; Ali et al. [43]
	riziko: změna může přinést úspěch v jedné oblasti aktivit, ale může způsobit ztráty v jiných oblastech aktivit; je tedy třeba něco obětovat	Armstrong [39]
Průběh zavádění změny	adaptivní, evoluční změna je změna, která se odehrává průběžně, neboť reaguje na měnící se podmínky a nové okolnosti	Bedrnová a Nový [40]
	rychlí a komplexní zavádění změn, přičemž dopad změn není analyzován	Rumelt [42]; Ali et al. [43]
	způsob, jímž je změna na pracovišti prosazována, je pro pracovníky nepřijatelný změna je prosazována nátlakem na pracovníky a administrativní silou vedení změna uváže na mrtvém bodě	Ceptureanu [38] McKenna [44] Ali et al. [43]
Prosazovatel změny a jeho zvláštnosti	prosazovatel nemá potřebné schopnosti a dovednosti, aby implementoval změny	Rumelt [42]; Ali et al. [43]
	prosazovatel změny nemá důvěru pracovníků, jichž se změna týká	Summersová [45]
	prosazovatel změny nezískává pro změnu spolupracovníky; nedává odměny těm pracovníkům, kteří prokazují tvořivost a zavádějí inovace vrcholové vedení instituce se samo se změnou úplně neztotožňuje	McKenna [44] Waddellová a Sohal [41]; Rumelt [42]; Ali et al. [43]

Tabulka 1 – pokračování

Označení skupiny	Příklady konkrétních faktorů	Autoři, kteří s nimi pracují
Individuální zvláštnosti pracovníka, jehož se změna dotýká	<p>jedinec nemá dost informací o chystané změně a jejích dopadech</p> <p>jedinec anticipuje hrozby a rizika</p> <p>prožívá úzkost z budoucnosti</p> <p>má strach z jakékoli změny status quo</p> <p>má strach, že už nebude aktérem, nebude moci ovlivňovat průběh dění, že bude manipulovanou figurkou</p> <p>jedinec má pocit bezmocnosti vůči nařízené změně; jde o naučenou bezmocnost</p> <p>má odpor k novému způsobu myšlení, je z kognitivního pohledu rigidní</p> <p>má strach ze své nedostatečné kompetentnosti v nových podmínkách, ze selhání</p> <p>má obavy, že změna ohrozí jeho postavení v práci a jeho sociální roli</p> <p>hrozí se toho, že se bude muset vzdát řady dosavadních zažitých pracovních návyků</p> <p>má strach z ekonomických dopadů změny (plat, dosavadní jistota pracovní pozice)</p> <p>pokud už změna probíhá, zažívá šok z nového uspořádání a nových nároků</p> <p>zažívá stres a frustraci vyvolané porušením dosud platných pravidel</p> <p>změny jsou pro jedince stresem, který nedokáže zvládat, není dost psychicky odolný</p> <p>nedokáže tolerovat problémy, které přináší počáteční, přechodné období při zavádění novinek</p> <p>používá iracionální myšlení (obviňuje sebe sama, druhé lidi, osud; je přesvědčen, že člověk neunikne svému osudu; je přesvědčen, že minulost determinuje budoucnost; nejlepší je odvrátit se od světa, zklidnit se, neangažovat se v ničem)</p> <p>změna ohrožuje jedincovo „já“: jeho identitu, sebepojetí, sebeurčení, jeho snahu dosáhnout osobitosti, rozvíjet se podle sebe</p>	<p>Summersová [45]</p> <p>Armstrong [39]</p> <p>Bowers [23]</p> <p>Summersová [45]</p> <p>Oreg [46]</p> <p>McKenna [44]</p> <p>Oreg [46]</p> <p>Bowey a Hede [3]; Bowers [23]</p> <p>Giangreco [10]; Armstrong [39]</p> <p>Captureanu [38]</p> <p>Armstrong [39]</p> <p>Armstrong [39]</p> <p>Hussey [47]</p> <p>Oreg [46]</p> <p>Oreg [46]</p> <p>Bowey a Hede [3]</p> <p>Eilam a Shamir [48]</p>
Zvláštnosti skupiny pracovníků, již se změna dotýká	<p>pracovníci příliš nevěří tvrzení managementu, že změny jsou ku prospěchu jak jim, tak pracovišti</p> <p>výrazný a dlouhodobý nesoulad mezi členy dané skupiny v názorech na změnu</p> <p>ve skupině převládá odpor vůči změně</p> <p>změna ohrožuje interpersonální vztahy na daném pracovišti</p>	<p>Armstrong [39]</p> <p>Kleinová a Sorraová [49]; Rumelt [42]; Zeffane [50]; Ali et al. [43]</p> <p>Ali et al. [43]</p> <p>Armstrong [39]</p>
Zvláštnosti dílčího pracoviště, jehož se změna dotýká	<p>špatné zkušenosti se snahami o změnu v minulosti</p> <p>převládá snaha neměnit zaběhanou a ověřenou rutinu</p> <p>organizační kultura převládající na daném pracovišti</p>	<p>Ali et al. [43]</p> <p>Hannan a Freeman [51]; Rumelt [42]; Starbuck et al. [52]; Ali et al. [43]</p> <p>Johanssonová et al. [17]</p>
Zvláštnosti instituce jako celku	<p>organizační kultura převládající v celé instituci</p> <p>provozní slepota nebo neschopnost instituce prohlédnout zdání, že nejsou problémy</p> <p>popírání informací, které se nehodí, nebo odmítání zabývat se informacemi, které jsou nežádoucí</p> <p>dosavadní politika prosazovaná vedením dané instituce je najednou zpochybněna</p> <p>rozdílné zájmy řadových pracovníků a manažerů</p> <p>vedení je nečinné, vyčkává, neboť má obavy z nejisté budoucnosti; změna ohrožuje status quo</p> <p>zavádění změn vyžaduje velké přímé finanční náklady</p>	<p>Barr et al. [53]; Krüger [54]; Rumelt [42]; Ali et al. [43]</p> <p>Barr et al. [53]; Rumelt [42]; Ali et al. [43]</p> <p>Beer a Eisenstat [55]; Rumelt [41]; Ali et al. [43]</p> <p>Waddellová a Sohal [41]; Ali et al. [43]</p> <p>Beer a Eisentat [55]; Rumelt [42]; Krüger [54]; Maurer [56]; Ali et al. [43]</p> <p>Ali et al. [43]</p>
Zvláštnosti nadřazeného systému, regionu, rezortu	<p>velká stabilita organizačních, komunikačních a sociálních struktur</p> <p>subsystémy řízení jsou úzce propojeny: změna může ohrozit jak nový projekt, tak dosavadní stav</p>	<p>Bedrnová a Nový [40]</p> <p>Bedrnová a Nový [40]</p>

Zjišťování odporu pracovníků vůči změně

V zásadě můžeme přístupy ke zjišťování odporu pracovníků vůči změnám rozdělit do tří skupin: kvantitativní, kvalitativní a smíšené. My se soustředíme na kvantitativní

přístup, který je nejčastější; opírá se především o dotazníky. Tabulka 2 podává přehled takových dotazníků, včetně těch, které se nepoužívají přímo ve zdravotnictví, ale také v jiných oborech, zejména v managementu.

Tabulka 2 – Dotazníky zjišťující odpor pracovníků vůči změnám na pracovišti (řazeny podle doby vzniku)

Název a autor	Počet položek	Způsob odpovídání	Obsahová struktura	Reliabilita	Komentář
Irrational ideas to resist to change [3]	15	pětistupňová škála	Cítí se špatně a má deprese Strach ze selhání a potřeba lásky a souhlasu Přesvědčení, že minulost determinuje současnost Obava z osobního selhání i selhání druhých; strach z nepříznivého osudu Přesvědčení, že se člověk může vyhnout životním problémům Vyčkávání, co bude; přesvědčení, že člověk svůj osud nezmění; pociťuje úzkost; nepřijímá realitu	Cronbach alfa 0,81	
RTC – Resistance to change [46]	17	šestistupňová škála	Vyhledávání rutinních postupů Emoční reagování Krátkodobá orientace jedince Kognitivní rigidita	Cronbach alfa 0,75–0,89	Odpor je chápán jako dispoziční záležitost
Questionnaire for change-specific cynicism and skepticism [57]	30	sedmistupňová škála	Cynismus specifický pro změnu Skepticismus Dispoziční cynismus Cynismus týkající se managementu organizace Důvěra v management organizace	Cronbach alfa (údaje uvedeny jen pro jednotlivé položky)	
Change Surveys [58]	13	sedmistupňová škála	Četnost změn Plánovitost změn Transformační charakter změn Psychická nejistota vyvolaná změnou	Cronbach alfa 0,53–0,93	
RTC – Resistance to change [59]	17	šestistupňová škála	Vyhledávání rutinních postupů Emoční reagování Krátkodobá orientace jedince Kognitivní rigidita	Cronbach alfa 0,72–0,89	Dispoziční pojetí odporu vůči změnám bylo zkoumáno v 17 různých zemích (včetně ČR)
Survey of implementing strategies change [29]	22	sedmistupňová škála (u šesti položek pak šestistupňová škála)	Opora strategické změny ze strany pracovníků Normy podporující změnu Způsob vedení zdravotnického pracoviště	údaje nejsou uvedeny	
HCPI – The Healthy Change Process Index [60]	4	pětistupňová škála	Uvědomění si rozdílnosti reagování Dostupnost manažerů pro diskusi Konstruktivní konflikty Vyjasnění si pozice pracovníka po změně	údaje nejsou uvedeny	
OCQ – C, P, R Organizational Change Questionnaire – Climate of Change, Processes, and Readiness [61]	62 zkrác. verze 42	pětistupňová škála	Průběh změny (28 položek) Komunikace o změně Participace Postoje top manažerů ke změně Klima změny nebo vnitřní kontext změny (20 položek) Důvěra pracovníků ve vedení Politikaření Soudržnost Ochota ke změně (14 položek) Citově podložená ochota ke změně Rozumově zdůvodněná ochota ke změně Promyšlená ochota ke změně	Cronbach alfa 0,68–0,89	
Change Fatigue Scale [28]	17	sedmistupňová škála	Cynický postoj ke změně (8 položek) Psychologická nejistota způsobená změnami (3 položky) Únava způsobená neustálými změnami (6 položek)	Cronbach alfa 0,85–0,94	Šestipoložková verze měřící jen únavu ze změn ověřená na 489 sestřích [62]
VOCALISE measurement [63]	18	šestistupňová škála	Pocit bezmocnosti Důvěra Demotivovanost	Cronbach alfa 0,59–0,73	Ověřeno na 125 sestřích

Z tabulky 2 je zřejmé, že se v praxi používají různé typy dotazníků. Počet položek ve výše uvedených dotaznících je od 4 do 62 (medián je 17 položek). Počet faktorů, které dotazníky zjišťují, se obvykle pohybuje mezi třemi a čtyřmi. Z toho, co jsme uvedli, je patrné, že většina dotazníků má screeningový charakter a poskytuje jen orientační vhled do zkoumané problematiky; nedovoluje jít do větších detailů. Delší a podrobnější dotazníky jsou výjimkou (např. Questionnaire – Climate of Change, Processes, and Readiness). Také vnitřní konzistentnost některých faktorů dotazníků (měřena Cronbachovým koeficientem alfa) se pohybuje pod hodnotou 0,7 a u několika údajů o reliabilitě úplně chybí. Musíme být tedy při volbě vhodného dotazníku velmi obezřetní.

Z praktického pohledu je jistě důležité vědět, kterými postupy se dá míra odporu pracovníků diagnostikovat, aby na zjištěné výsledky mohly navázat cílené intervence. Naše studie však ponechala stranou doporučení, která se týkají postupů při zavádění změny, postupů, jimiž lze předcházet odporu pracovníků vůči změně, nebo snižování odporu, když už se vyskytne. Jsou jednak dobře rozpracovány v rámci obecného managementu, jednak by tím rozsah textu neúměrně vzrostl.

Sousloví „odpor vůči změně“ má v češtině spíše negativní konotaci. V angličtině má termín „resistence“ několik významů: odpor, nesouhlas, vzdorování, ale také odolnost. V češtině bývá termín intuitivně chápán jednodimenzionálně: od nuly (tj. lhostejnosti ke změně) až po velmi záporné hodnoty (projevování negativních emocí, vášnivý a tvrdý odpor, veřejné protesty). V zahraniční literatuře pro manažery i zdravotníky je ovšem obsah odporu vůči změně chápán dvoudimenzionálně, přičemž druhá dimenze sahá od lhostejnosti až po výrazný přínos.

V mnoha případech, jak ukazuje např. Pideritová [64], jsou postoje pracovníků k navrhovaným změnám ambivalentní: k některým aspektům změny zaujímají lidé pozitivní, k jiným aspektům zase negativní postoje. Někteří autoři dodávají, že postoj pracovníků ke změně nemá jenom valenci (negativní – lhostejný – pozitivní), ale svůj psychologický obsah. Můžeme rozlišit postoje, v nichž dominují buď kognitivní, nebo emoční, anebo konativní/slahové aspekty [65]. Tato trojice se také podílí na ambivalentnosti výsledného postoje.

Z psychologického pohledu není vhodné dívat se na odpor vůči změně jednostranně: dobří jsou ti, kteří brání fungující systém, dlouholeté zkušenosti, zformované mezilidské vztahy; špatní pak ti, kteří bez hlubší analýzy aktuálního stavu prosazují málo vyzkoušené postupy a nedbají na postoje těch, kteří mají změnu realizovat. Anebo: dobří jsou ti, kteří prosazují změnu rutiny, a špatní ti, kteří o účelnosti změny pochybují, nesouhlasí s ní. Ve skutečnosti – jak upozorňují Ford a Fordová [22] – jde o vzájemnou interakci obou skupin (tj. příznivců i odpůrců), přičemž každá skupina reaguje na to, jak se chová ta druhá. Můžeme dodat: nejde jen o princip změny, ale také o způsob, jímž je změna realizována. I dobrá myšlenka může být prosazována necitlivými nebo nevhodnými postupy.

Akcentování negativních aspektů odporu ke změnám lze shrnout takto. Podle aktérů prosazujících změnu je odpor pracovníků chápán jako hrozba dobře míněným snahám o zlepšení celkové situace pracoviště či celé instituce;

jako brzda pokroku, jako dysfunkční úsilí, na jehož překonání bude třeba vynaložit zbytečnou práci navíc. Odpůrci změn jsou pro ně překážkami, nikoli potenciálními partnery [22]. Podle Thomase a Hardyové [66] někteří prosazovatelé změn pojmají odpor pracovníků jako něco, čemu je zapotřebí se vyhnout, anebo – pokud je příliš silný – je třeba ho vymýtit. Bolognese [67] připomíná, že ti, kdož nesouhlasí se změnami a mají řadu dotazů a připomínek, jsou svými nadřízenými chápáni jako osoby odpírající poslušnost. Pideritová [64] mluví o neuctivém postoji vůči změně, který může být motivován rozporem mezi prosazovanou změnou a etickými principy, jež pracovník zastává, či snahou ochránit to, co jedinec považuje pro své pracoviště za nejlepší.

Positivní aspekty odporu ke změnám se odvíjejí od jeho funkčních charakteristik. Odpor vůči změnám udržuje stabilitu systému a brání povrchním, nedomyšleným změnám, nekriticky přijímaným inovacím. Podle Bolognese [67] mohou pracovníci, kteří se změnou hned nesouhlasí, sehrát pozitivní roli. Mohou iniciovat debatu, která půjde do hloubky a bude usilovat o to, aby se všichni zúčastnění dobrali podstaty změny. Kritický pohled na změnu by neměl být ztotožňován s úplnou negací změny, pokud ovšem obě strany hledají cestu, jak dospět k nejlepší variantě změny pro dané podmínky. Podle Thomase a Hardyové [66] může management instituce nalézt v dotazech, které cílí na výchozí předpoklady změny nebo na vysvětlení jednotlivých kroků při zavádění změny, důležité podněty na vylepšení původní podoby změny. Podle Forda a Fordové [22] lze odpor analyzovat, pochopit a využít ke zlepšení celého procesu zavádění změny, neboť odpor má svou hodnotu. Přinejmenším nutí ty, kdož změnu prosazují, aby se vrátili na začátek a znovu promysleli účel změny a vyvodili z komplikací poučení. Jinak řečeno: odpor ke změně může přetvořit změnu k lepšímu.

Dynamické aspekty – v mnoha publikacích je odpor pracovníků vůči změně chápán jako konstantní a v podstatě neměnná záležitost. Na základě tohoto pohledu jsou pak pracovníci rozdělováni na příznivce a odpůrce změny.

Ve skutečnosti je odpor vůči změně dynamický konstrukt, přičemž jeho emoční, kognitivní, postojové i behaviorální složky se proměňují v čase. Odpor obvykle mívá ambivalentní charakter; v některých aspektech blokuje zavádění změn, v jiných může změnám napomáhat. Odpor vůči změně lze modifikovat během opakované komunikace mezi zastánci změny a jejími odpůrci. Při vhodné koncipované komunikaci se odpor tlumí, ale při nevhodné přesvědčovací strategii může být naopak posilován – blíže viz Klonek et al. [68].

Závěr

Naše přehledová studie ukázala, že není snadné definovat klíčový pojem „odpor vůči změně“, protože má mnoho dimenzí a jeho praktické aplikace se objevují v mnoha vědních oborech; ty mají svá specifika a akcentují jiné aspekty. Lze však najít jakési „společné jádro“. Pokud jde o typologii různých podob „odporu vůči změně“, zdá se, že se jí nevěnuje náležitá pozornost ani v úrovni jejich označení, ani v úrovni operačních definic.

Kromě obecného pohledu přinesla studie příklady odporu zdravotníků vůči změnám ve zdravotnictví. Šlo o koncepční změny, změny ve využívání informačních technologií, změny v jednom zdravotnickém oboru (v ošetrovatelství) a organizační změny ve zdravotnickém zřízení. Posledně zmíněný typ změn se nejvíc studuje v rámci podnikového managementu mimo oblast zdravotnictví. Zdravotnictví však funguje v hierarchicky uspořádaném prostředí, a proto bude třeba zkoumat i vyšší úrovně zavádění změn (kraj, stát) a tím i širší projevy odporu vůči nim.

Předložená studie se věnovala mj. teoretickým aspektům diskutované problematiky, zejména modelům zavádění změn a etap, v nichž lze očekávat odpor pracovníků. Nezapomněla ani na faktory, které spolupůsobí na vznik odporu vůči změnám. Zvolená tematika má ovšem i svůj širší kontext.

Právě ve zdravotnictví je třeba ono širší pojetí, které překonává černobílý pohled na odpor vůči změně, důsledně aplikovat. Jinak bude zavádění potřebných a rozumných změn narážet – jako v mnoha případech – na neochotu, ba i odpor zdravotníků. Současné zodpovědné zkoumání důvodů, proč se zdravotníci brání některým změnám, může zabrzdit mechanické přenášení zahraničních zkušeností do jiného sociokulturního kontextu anebo necitlivé a neprofesionální zavádění dobře míněných změn.

Konflikt zájmů

Autor prohlašuje, že si není vědom žádného konfliktu zájmů týkajícího se uvedeného příspěvku.

Poděkování

Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. 16-28174A. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena.

LITERATURA

- [1] Block LG, Keller PA. Beyond protection motivation: an integrative theory of health appeals. *J Appl Soc Psychol*. 1998;28(17):1584–608.
- [2] Di Fabio A, Gori A. Developing a new instrument for assessing acceptance of change. *Front Psychol*. 2016;7(802):1–10.
- [3] Bowey WH, Hede A. Resistance to organizational change: the role of cognitive and affective processes. *Leadership Org Dev J*. 2001;22(8):372–82.
- [4] World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report. Geneva: World Health Organization; 2015.
- [5] Clark CS. Resistance to change in the nursing profession: creative transdisciplinary solutions. *Creat Nurs*. 2013;19(2):70–6.
- [6] Ansoff HI. *Strategic management*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2007.
- [7] Bauer M. *Resistance to change: a functional analysis of response to technical change in Swiss Bank*. London: University of London, Department of Sociology; 1993.
- [8] Chaining Minds.org. Resistance to change; 2018. [online] [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: http://changingminds.org/disciplines/change_management/resistance_change/resistance_change.htm
- [9] Zaltman G, Duncan R. *Strategies for planned change*. London: Wiley; 1977.
- [10] Giangreco A. Conceptualisation and operationalization of resistance to change. *Liuc Papers No. 103, Econom Aziend* 2002;11(Suppl.):1–28.
- [11] Lorenzi NM, Ridell RT. Managing change: an overview. *J Am Med Inform Assoc*. 2000;7(2):116–24.
- [12] Salam M, Alghamdi KS. Nurse educators: Introducing a change and evading resistance. *J Nurs Educ Pract*. 2016;6(11):80–3.
- [13] Oreg S. Personality, context, and resistance to organizational change. *Eur J Work Organ Psychol*. 2006;15(2):73–101.
- [14] Folger R, Skarlicki DP. Unfairness and resistance to change: hardship as mistreatment. *J Organ Change Manag*. 1999;12(1):35–50.
- [15] Ngafeeson M. Understanding user resistance to information technology in healthcare: The nature and role of perceived threats. In: *Transactions of the International Conference on Health Information Technology Advancement*. Paper 56; 2015. [online] [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: http://scholarworks.wmich.edu/ichita_transactions/56
- [16] O'Connor CA. Resistance: the repercussions of change. *Leadership Org Dev J*. 1993;14(6):30–6.
- [17] Johansson C, Åström S, Kauffeldt A, Helldin L, Carlström E. Culture as a predictor of resistance to change: a study of competing values in a psychiatric nursing context. *Health Policy* 2014;114(2–3):156–62.
- [18] Alharbi TS, Ekman I, Olsson LE, Dudas K, Carlström E. Organizational culture and the implementation of person centered care: results from a change process in Swedish hospital care. *Health Policy* 2012;108(2–3):294–301.
- [19] Bosse G, Breuer JP, Spies C. The resistance to changing guidelines – what are the challenges and how to meet them. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2006;20(3):379–95.
- [20] Majid S, Foo S, Luyt B, Zhang X, Theng Y-L, Chang Y-K, Mokhtar AI. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *J Med Libr Assoc*. 2011;99(3):229–36.
- [21] Solomons NM, Spross JA. Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *J Nurs Manag*. 2010;19(1):109–20.
- [22] Ford JD, Ford LW. Stop blaming resistance to change and start using it. *Organ Dyn*. 2010;39(1):24–36.
- [23] Bowers B. Managing change by empowering staff. *Nurs Times* 2011;107(32–33):19–21.
- [24] Lind T. *Change and resistance to change in health care: Inertia in sociotechnical systems (doctoral dissertation)*. Uppsala: Uppsala University, Department of Informational technology; 2014.
- [25] Smith T, Grant G, Ramirez A. Investigating the influence of psychological ownership and resistance on usage intention among physicians. 47th Hawaii International Conference on System Science; 2014, pp 2808–17.
- [26] Beglaryan M, Petrosyan V, Bunker E. Development of a tripolar model of technology acceptance: Hospital-based

- physicians' perspective on EHR. *Int J Med Inform.* 2017;102(1):50–61.
- [27] Mitchell G. Selecting the best theory to implement planned change. *J Nurs Manag.* 2013;20(1):32–7.
- [28] Bernerth J, Walker H, Harris S. Change fatigue: development and initial validation of a new measure. *Work Stress* 2011;25(4):321–37.
- [29] Caldwell DF, Chatman J, O'Reilly CA 3rd, Ormiston M, Lapiz M. Implementing strategic change in a health care system: the importance of leadership and change readiness. *Health Care Manage R.* 2008;33(2):124–33.
- [30] Pettigrew A. *The awakening giant, continuity and change in ICI.* Oxford: Blackwell; 1985.
- [31] Pettigrew A, Whipp R. *Managing change for competitive success.* Oxford: Blackwell; 1991.
- [32] Lawrence TB, Dyck B, Maitlis S, Mauws MK. The underlying structure of continuous change. *MIT Sloan Manag Rev.* 2006;47(4):59–66.
- [33] Kübler-Ross E. *Život a umírání.* Hradec Králové: Signum Unitatis; 1991.
- [34] Ženka O. *Projevy odporu ke změně v organizaci s důrazem na skupinovou dynamiku (diplomová práce).* Brno: FSS MU; 2007.
- [35] Khan K, Rehman M. *Employees resistance towards organizational change (doctoral dissertation).* Ronneby: Blekinge Institute of Technology, School of Management; 2008.
- [36] Lunenburg FC. Forces for and resistance to organizational change. *NFEAS Journal* 2010;27(4):1–10.
- [37] Val MP, Martínez-Fuentes C. Resistance to change: a literature review and empirical study. *Manage Dec.* 2003;41(2):148–55.
- [38] Ceptureanu EG. *Survey regarding resistance to change in Romanian innovative SMEs from it sector.* *JAQM* 2015;10(1):105–16.
- [39] Armstrong M. *Řízení lidských zdrojů.* Praha: Grada Publishing; 2005.
- [40] Bedrnová E, Nový I. *Psychologie a sociologie řízení.* Praha: Management Press; 2002.
- [41] Waddell D, Sohal AS. Resistance: a constructive tool for change management. *Manage Dec.* 1998;36(8):543–48.
- [42] Rumelt RP. Inertia and transformation. In: Montgomery CA (Ed.). *Resources in an evolutionary perspective: towards a synthesis of evolutionary and resource-based approaches to strategy.* Norwell: Kluwer Academic Publishing; 1995, pp. 101–32.
- [43] Ali M, Zhou L, Miller L, Ieromonachou. User resistance in IT: a literature review. *IJIM* 2016;36(1):35–43.
- [44] McKenna L. *Nursing theories and models.* London: Routledge; 1997.
- [45] Summers B. Breaking down resistance. *Strategies for Nurse Managers* 2002;2(10):1–2.
- [46] Oreg S. Resistance to change: developing an individual differences measure. *J Appl Psychol.* 2003;88(4):680–93.
- [47] Hussey DE. *How to manage organisational change.* Springfield: Kogan Page; 2005.
- [48] Eilam G, Shamir B. Organizational change and self-concept threats: a theoretical perspectives and a case study. *J Appl Behav Sci.* 2005;41(4):399–421.
- [49] Klein KJ, Sorra JS. Challenge of innovation implementation. *Acad Manage Rev.* 1996;21(4):1055–80.
- [50] Zeffane R. Dynamics of strategic change: critical issues in fostering positive organizational change. *Leadership Org Dev J.* 1996;17(7):36–43.
- [51] Hannan MT, Freeman J. Structural inertia and organizational change. *Am Sociol Rev.* 1984;49(2):149–64.
- [52] Starbuck WH, Greve A, Hedberg LT. Responding to crises. *J Bus Adm.* 1978;9(2):111–37.
- [53] Barr PS, Stimpert JL, Huff AS. Cognitive change, strategic action, and organizational renewal. *SMJ* 1992;13(1):15–36.
- [54] Krüger W. Implementation: the core task of change. *CEMS Bus Rev.* 1996;1(1):77–96.
- [55] Beer M, Eisenstat RA. Learning developing an organization capable of implementing strategy and learning. *Hum Relat.* 1996;49(5):597–619.
- [56] Maurer R. Using resistance to build support for change. *J Qal Particip.* 1996;19(3):56–63.
- [57] Rafferty DJ, Meyer JP, Topolnytsky L. Employee cynicism and resistance to organizational change. *J Bus Psychol.* 2005;19(4):429–59.
- [58] Rafferty AE, Griffin MA. Perceptions of organisational change: a stress and coping perspective. *J Appl Psychol.* 2006;91:1154–62.
- [59] Oreg S, Bayazit M, Vacola M, Arciniega L, Armenakis A, Barkauskiene R, et al. Dispositional resistance to change: measurement equivalence and the link to personal values across 17 nations. *J Appl Psychol.* 2008;93(4):935–44.
- [60] Tvedt SD, Saksvik PO, Nytro K. Does change process healthiness reduce the negative effects of organisational change on the psychological work environment? *Work Stress* 2009;23(1):80–98.
- [61] Bouckennooghe D, Devos G, Van Den Broeck H. Organizational change questionnaire – climate of change, processes, and readiness: development of a new instrument. *J Psychol.* 2009;143(6):559–99.
- [62] Brown, R. *Determining the relationship among change fatigue, resilience, and job satisfaction of hospital staff nurses (doctoral dissertation).* Brookings: South Dakota State University; 2016.
- [63] Laker C, Callard F, Flach C, Williams P, Sayer J, Wykes T. The challenge of change in acute mental health services: measuring staff perceptions of barriers to change and their relationship to job status and satisfaction using a new measure (VOCALISE). *Implement Sci.* 2014;9(23):1–11.
- [64] Piderit SK. Rethinking resistance and recognizing ambivalence: a multidimensional view of attitudes toward an organizational change. *Acad Manage Rev.* 2000;25(4):783–94.
- [65] Výrost J. *Sociálno-psychologický výskum postojov.* Bratislava: Veda; 1989.
- [66] Thomas R, Hardy C. Reframing resistance to organizational change. *Scan J Manage.* 2011;27:322–31.
- [67] Bolognese AF. *Employee resistance to organizational change; 2002.* [online] [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: <http://www.newfoundations.com/OrgTheoryIBolognese721.html>
- [68] Klonek FE, Lehmann-Willenbrock N, Kauffeld S. Dynamics of resistance to change: a sequential analysis of change agents in action. *J Change Manage;* 2014. [online] [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/14697017.2014.896392>