

**UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

Beata Bajurna

**CZYNNIKI DETERMINUJĄCE EFEKTYWNOŚĆ
KIEROWANIA ZESPOŁEM PIEŁĘGNIARSKIM
W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**Factors determining the effectiveness of nurse to lead
a team in health care**

Praca doktorska

Doctoral thesis

Promotor: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Katedra Nauk o Zdrowiu

Poznań 2011

Spis treści

WSTĘP	4
ROZDZIAŁ 1. ISTOTA PROBLEMU BADAWCZEGO.....	7
1.1. POJĘCIE ZAWODU PIELĘGNIARKI I ZESPOŁU PIELĘGNIARSKIEGO.....	7
1.2. POJĘCIE KIEROWANIA I JEGO EFEKTYWNOŚCI.....	28
1.3. POJĘCIE CZYNNIKÓW DETERMINUJĄCYCH EFEKTYWNOŚĆ KIEROWANIA I ICH PODZIAŁ.....	41
1.4. POJĘCIE I RODZAJE ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ.....	61
ROZDZIAŁ 2. ZAŁOŻENIA BADAWCZE	74
2.1. CEL PRACY	74
2.2. HIPOTEZY BADAWCZE	80
2.3. METODY BADAWCZE	82
2.4. PROCEDURA BADAWCZA	85
2.5. CHARAKTERYSTYKA BADANYCH PIELĘGNIAREK.....	87
ROZDZIAŁ 3. WYNIKI BADAŃ	90
3.1. KLIMAT ORGANIZACYJNY I SYSTEM WARTOŚCI PIELĘGNIAREK A ICH FUNKCJONOWANIE ZAWODOWE.....	90
3.1.1. Wymiary klimatu organizacyjnego w zależności od rodzaju zakładu opieki zdrowotnej.....	90
3.1.2. Uznawany system wartości w zespołach pielęgniarskich	93
3.1.3. Analiza związku klimatu organizacyjnego i systemu wartości zespołów pielęgniarskich w zakładach opieki zdrowotnej.....	97
3.1.4. Wpływ czynników demograficznych na klimat organizacyjny i system wartości pielęgniarek.....	101
3.2. ZNACZENIE KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W WYBORZE STYLU KIEROWANIA A FUNKCJONOWANIE ZAWODOWE PIELĘGNIAREK	106
3.2.1. Preferowany styl kierowania wśród pielęgniarek.....	106
3.2.2. Wpływ zakładu opieki zdrowotnej na klimat organizacyjny i styl kierowania preferowany przez pielęgniarki.....	109
3.2.3. Wpływ czynników demograficznych na klimat organizacyjny i styl kierowania pielęgniarek.....	110
3.3. KLIMAT ORGANIZACYJNY I PREFEROWANE STYLE KOMUNIKACJI A FUNKCJONOWANIE ZAWODOWE PIELĘGNIAREK.....	111
3.3.1. Rodzaje stylów komunikacji wśród badanych pielęgniarek.....	111
3.3.2. Związek między stylami komunikacji a klimatem organizacyjnym w zakładach opieki zdrowotnej	113
3.3.3. Wpływ czynników demograficznych na klimat organizacyjny i styl komunikacji pielęgniarek	115
ROZDZIAŁ 4. DYSKUSJA I WNIOSKI	117
4.1. DYSKUSJA	117
4.2. WNIOSKI	128
STRESZCZENIE	129
ABSTRAKT.....	132
SPIS RYSUNKÓW I WYKRESÓW	134
SPIS TABEL.....	135
SPIS ŹRÓDEŁ	137

ZAŁĄCZNIK 1.	147
ZAŁĄCZNIK 2.	149
ZAŁĄCZNIK 3.	151
ZAŁĄCZNIK 4.	154
ZAŁĄCZNIK 5.	156

Wstęp

Transformacja polskiej gospodarki oraz towarzyszące jej zmiany w polskim sektorze ochrony zdrowia, wywołały wiele dyskusji na temat jego stabilności. Przeobrażenia jakie miały miejsce po 1999 roku wprowadziły niepokój nie tylko wśród pacjentów, ale także wśród władz państwowych, lokalnych i osób zarządzających zakładami opieki zdrowotnej. Zmniejszenie roli państwa w polskiej gospodarce wymusiło na zakładach opieki zdrowotnej zachowania zgodne z zasadami wolnego rynku. Zmuszone zostały one do podnoszenia swojej konkurencyjności wobec innych podmiotów. Na obecny kształt ochrony zdrowia wpłynęło wiele czynników związanych z przemianami politycznymi, społecznymi oraz prawnymi.

Polityka państwa w zakresie opieki zdrowotnej, brak jej stabilności, liczne procesy restrukturyzacyjne zakładów opieki zdrowotnej oraz towarzysząca niepewność zaowocowała podejmowaniem działań zmierzających do poprawy skuteczności i efektywności zarządzania zakładami opieki zdrowotnej. Z punktu widzenia wpływu na poprawę efektywności zarządzania zakładami opieki zdrowotnej niezmiennie ważnym problemem staje się otwarta postawa menedżerów zatrudnionych w placówkach medycznych, świadomych znaczenia problematyki efektywności. Problem efektywności zajmuje już określone miejsce w życiu gospodarczym, wpływając na zasoby ludzkie w organizacji.

Zakład opieki zdrowotnej jest złożoną strukturą organizacyjną, w skład której wchodzi kadra kierownicza, lekarze, pielęgniarki i personel pomocniczy. Pielęgniarki wraz z całym zespołem terapeutycznym sprawują opiekę nad pacjentami, tworząc największe zespoły pracownicze. Jedynie profesjonalna kadra jest w stanie udzielać usług medycznych na wysokim poziomie. Profesjonalista zajmujący się zarządzaniem, niezależnie od profilu organizacji, którą zarządza, wie, że najważniejsi w organizacji są ludzie i że efektywne nimi kierowanie jest podstawą sukcesu. Sukces dla przedsiębiorstwa oznacza zadowolonych

pacjentów. Wizję sukcesu przedsiębiorstwa w ciekawy sposób przedstawił P. Drucker¹ twierdząc, że to klient określa czym jest biznes. Tym samym można powiedzieć, że to pacjent decyduje o sukcesie zakładu opieki zdrowotnej.

Należy również podkreślić, że współczesny polski rynek usług medycznych nie wykształcił jeszcze systemu, który w sposób kompleksowy informowałby o efektywności stosowanych mechanizmów w kierowaniu zespołami pielęgniarskimi.

Efektywne kierowanie zespołem pielęgniarskim ma przede wszystkim znaczenie dla jakości leczenia (diagnozowania, terapii, rehabilitacji) oraz profilaktyki. Na nie nakładają się zjawiska, które w szczególny sposób ukazują jakość pracy. Do ich możemy zaliczyć między innymi zagrożenia wynikające z postępu technicznego, które to wraz z postępem technicznym podnoszą wymagania wobec jakości wykonywanej pracy (np. zwiększona ilość urodzeń wcześniaków stawia wyższe wymagania dotyczące jakości pracy). Kolejnym zjawiskiem, które wpływa na sprawność procesów realizowanych przez pielęgniarki jest globalizacja. Obecnie globalizację łączy się z wyjazdami pielęgniarek za granicę w celu polepszenia warunków bytowych. Jest więc słusznym stwierdzenie, iż emigracja wykształconej i wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej poza granice Polski może powodować negatywne konsekwencje dla jakości pracy. Innym, ważnym zjawiskiem są zjawiska kulturowe. Nie można pominąć ich znaczenia dla sprawności pracy pielęgniarki, albowiem uwarunkowania kulturowe pielęgniarek przyjeżdżających z innych państw (strona wschodnia) mogą ujemnie wpłynąć na jakość pracy. Z kolei wzrost aglomeracji miejskich przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia społeczeństwa i wymusza zwiększoną sprawność w działaniach pielęgniarek. Zaznaczyć należy znaczenie zmian demograficznych. Społeczeństwo starzeje się, pojawiają się problemy z funkcjonowaniem osób starszych, syndrom bezrobocia. Skutki tych zjawisk odczuje kadra pielęgniarska w niedalekiej przyszłości.

W literaturze przedmiotu z zakresu ekonomii, zarządzania, psychologii, jak również pielęgniarstwa nie ma pozycji, które poruszałyby wyżej wymieniony problem. Część publikacji ma głównie charakter rozważań czysto teoretycznych, uwzględniających ekonomiczne aspekty efektywności funkcjonowania organizacji. Pozostała część nie

¹ *Jeżeli chcemy wiedzieć czym jest biznes, musimy zacząć od sprawy jego celu. Cel zaś musi leżeć poza obrębem samego biznesu. Musi on leżeć w samym społeczeństwie, skoro przedsiębiorstwo jest organem społeczeństwa. Jedyną poprawną definicją celu biznesu brzmi: tworzenie klienteli. (...) To klient decyduje, czym jest biznes. Bo to klient i tylko on, będąc gotów zapłacić odpowiednią cenę za towar czy usługę, przekształca zasoby ekonomiczne w bogactwo, rzeczy w towary. Nie to jest najważniejsze, co myśli o swojej produkcji biznesmen, a szczególnie nie ma to znaczenia dla jego przyszłości i sukcesu. Decyduje to, co myśli o swoim zakupie klient, co „ON” ma za wartość – bo to określa, czym jest biznes, co produkuje i jak będzie prosperował.* P.F. Drucker, *Praktyka zarządzania*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Krakowie. Spółdzielnia Wydawnicza Czytelnik Nowoczesność, Warszawa-Kraków 1994, s. 52.

koncentruje się na całościowym, lecz fragmentarycznym prezentowaniu poszczególnych czynników. Powoduje to, że często w świadomości menedżerów efektywność wiązana jest przede wszystkim ze sferą ekonomiczną. Biorąc powyższe pod uwagę starano się wypełnić lukę w dotychczasowym dorobku teorii nauk o zarządzaniu i starano się wykazać, iż efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim w zakładach opieki zdrowotnej należy rozpatrywać w wymiarze interdyscyplinarnym (pod kątem czynników wewnętrznych i zewnętrznych).

Celem poznawczym rozprawy jest identyfikacja czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim oraz określenie ich znaczenia dla funkcjonowania zawodowego pielęgniarek w zakładach opieki zdrowotnej.

Coraz większe zapotrzebowanie na wysoką jakość pracy pielęgniarskiej jest przede wszystkim rezultatem scharakteryzowanych wcześniej zjawisk. Pojawiła się więc konieczność zidentyfikowania czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim. Problem staje się coraz bardziej istotny i szczególnie ważny w podnoszeniu jakości pracy w zakładach opieki zdrowotnej.

Różnorodność czynników wpływających na efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim, których genezy należy doszukiwać się w organizacji szpitalnej, jej relacjach międzyludzkich, kulturze, wartościach pracowników powoduje, iż stworzenie efektywnego zespołu pielęgniarskiego jest procesem niełatwym. Wśród opracowań naukowych z tematyki poświęconej zagadnieniu efektywności zespołów pracowniczych nie znaleziono pozycji, która w sposób kompleksowy ujmowałaby podejmowaną tematykę. Z tej przyczyny uzasadniona staje się próba podjęcia tegoż zagadnienia w sposób całościowy, zgodnie z zaproponowaną powyżej koncepcją.

Rozdział 1.

Istota problemu badawczego

1.1. Pojęcie zawodu pielęgniarki i zespołu pielęgniarskiego

Pielęgniarka pracuje w złożonej strukturze organizacyjnej, w skład której wchodzi również kadra kierownicza, lekarze i personel pomocniczy. Stanowi ona część zasobów ludzkich zakładu opieki zdrowotnej. Jej profesjonalne przygotowanie do udzielania świadczeń zdrowotnych wpływa na jakość leczenia i profilaktykę. Zawód ten może być różnie pojmowany.

Na zawód pielęgniarki można patrzeć z różnych aspektów, dlatego istnieje kilka definicji tego zawodu. Według W. Ciechaniewicz pielęgniarka to tytuł zawodowy osoby, która ukończyła obowiązujący program kształcenia na poziomie podstawowym i uzyskała prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na terenie kraju, w którym chce praktykować. Prawo to wydawane jest przez macierzyste Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych². K. Zahradniczek i M. Zobro określają pielęgniarkę jako osobę, która ma dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej (liceum medycznego, wydziału pielęgniarstwa w medycznym studium zawodowym, czy też studiów na kierunku pielęgniarstwo)³. Generalnie pielęgniarką można nazwać taką osobę, która posiada dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej, co jest równoznaczne z zaliczeniem obowiązującego w danym kraju programu nauczania⁴.

Zawód pielęgniarki może wykonywać osoba posiadająca określone kwalifikacje, zdobywane w trakcie kształcenia zawodowego i mająca prawo wykonywania zawodu. Zasady i warunki jego wykonywania z całym szeregiem świadczeń zdrowotnych, które może

² W. Ciechaniewicz, *Pielęgniarka*, w: *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*, t. 1: *Podstawy teoretyczne działalności praktycznej pielęgniarki*, red. W. Ciechaniewicz, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 144.

³ K. Zahradniczek, M. Zobro, *Funkcje zawodowe i standardy pracy pielęgniarek*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2002, nr 2, s. 37.

⁴ G. Rogala-Pawelczyk, J. Śpiwankiewicz, U. Wierzbička, *Pielęgniarka i położna w systemie opieki zdrowotnej*, w: *Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. Postępowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prewencja wykroczeń zawodowych*, red. G. Rogala-Pawelczyk, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2008, s. 13.

pielęgniarka realizować, zostały uregulowane w podstawowym akcie prawnym – w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej⁵. Normy prawne dotyczące wykształcenia i pracy pielęgniarek są od wielu lat systematycznie dostosowywane do założeń obowiązujących w krajach Unii Europejskiej⁶.

Pielęgniarka jest to samodzielny zawód z grupy specjalistów do spraw zdrowia. Sprawuje ona opiekę medyczną nad pacjentem (obejmuje to podawanie leków, pielęgnację pacjenta, wykonywanie wlewów dożylnych oraz iniekcji), asystuje lekarzowi w czasie zabiegów, operacji, wypełnia zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Zajmuje się także szeroko rozumianą edukacją zdrowotną i promocją zdrowia⁷.

Nie należy zapominać o kwalifikacjach zawodowych, które definiowane są przez M.D. Głowacką jako *układ wiadomości i postaw warunkujący wykonanie zadań zawodowych*⁸. Opisują one zakres i jakość przygotowania, która jest niezbędna do wykonywania określonego zawodu. Czynnikiem składającymi się na kwalifikacje zawodowe są:⁹

- poziom wykształcenia ogólnego,
- wiedza zawodowa,
- uzdolnienia i zainteresowania zawodowe,
- umiejętności zawodowe,
- umiejętności psychofizyczne,
- etyka zawodowa,
- czynności zawodowe,
- kompetencje¹⁰.

⁵ Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej – Dz.U. nr 91, poz. 410 z późn. zm. (zwana dalej ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej).

⁶ Od dnia 01.01.2012 roku zacznie obowiązywać nowa ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 174, poz. 1039), uchwalona w dniu 15.07.2011 roku

⁷ Zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarki reguluje rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania z dnia 7 listopada 2007 roku – Dz.U. nr 82, poz. 537.

⁸ M.D. Głowacka, *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Szkolenie krajowe w zakresie zarządzania opieką zdrowotną dla kadry kierowniczej średniego szczebla*, Wolumin, Poznań 2002, s. 338.

⁹ Ibidem, s. 338-339.

¹⁰ Kompetencja – to właściwość, zakres uprawnień, pełnomocnictw instytucji lub osoby do realizowania określonego działania, zakres czyjejś wiedzy, umiejętności, odpowiedzialności (W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1985, s. 406) lub też posiadanie wiedzy i doświadczenia w jakiejś dziedzinie, umożliwiające prawidłowe wypełnianie obowiązków i podejmowanie właściwych decyzji (*Nowy słownik języka polskiego*, red. E. Sobol, PWN, Warszawa 2002, s. 343). Natomiast Międzynarodowa Rada Pielęgniarek zdefiniowała kompetencje jako *poziom działań ukazujących efektywne zastosowanie wiedzy umiejętności i poglądów*. Patrz L. Storey, J. Howard, A. Gillies, *Competency in healthcare: a practical guide to competency frameworks*, Radcliffe Medical Press, Oxford 2002, s. 2.

Pielęgniarka to osoba przygotowana do wykonywania działań wynikających z jej roli zawodowej, w tym przede wszystkim pielęgnowania, ponieważ to jest zasadniczą częścią jej zawodu. Ponadto, organizuje opiekę pielęgniarską na wszystkich szczeblach systemu opieki zdrowotnej i kieruje nią, współdziała w zespole terapeutycznym w ochronie zdrowia i życia człowieka, rodziny i społeczeństwa¹¹.

Normy zachowania zawodowego pielęgniarki formułuje „Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP”, zatwierdzony na IV Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w dniach 8-11 grudnia 2003 roku w Warszawie. Zgodnie z zapisami ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, wykonywanie zawodu pielęgniarki w Polsce polega na udzielaniu, przez osobę mającą wymagane kwalifikacje, wyżej wymienionych świadczeń, które to pielęgniarka wykonuje przede wszystkim przez:

- rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych podopiecznych,
- rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych,
- sprawowania opieki pielęgnacyjnej,
- edukację zdrowotną,
- realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- samodzielne udzielanie świadczeń diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych (określonych rozporządzeniami Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej).

Każda pielęgniarka, która ma prawo wykonywania zawodu, powinna być nie tylko profesjonalistą w zakresie pielęgnowania, ale także przygotowana do współpracy z podmiotem opieki i jego rodziną, współpracy w zespole pielęgniarek i współdziałania w zespole opiekuńczym z profesjonalistami pracującymi na rzecz zdrowia (osoby, rodziny, społeczności, społeczeństwa)¹².

Określenia charakteryzujące pielęgniarkę ulegają zmianom, ukazując przemiany zachodzące w świadomości samych pielęgniarek, ich uprawnieniach i kompetencjach zawodowych, w świadomości przedstawicieli zawodów medycznych i paramedycznych, z którymi pielęgniarka współpracuje i społeczeństwa, któremu oferuje opiekę pielęgniarską, za którą odpowiada¹³.

Od pielęgniarki oczekuje się dużego zasobu wiedzy oraz praktycznego jej zastosowania w stosunku do osób wymagających opieki. Dlatego w celu utrzymania swych

¹¹ Za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się także nauczanie zawodu, kierowanie pracą zawodową pielęgniarek i położnych, prowadzenie prac naukowo-badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa.

¹² B. McNulty, J. Raiman, V. Chapman, J.M. Clark, S. Kirkham, D. Hill, *Pielęgniarstwo*, w: *Propedeutyka pielęgniarstwa*, red. S. Collins, E. Parker, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1989, s. 28-30.

¹³ K. Zahradniczek, M. Zobro, op.cit., s. 37.

kwalfikacji na wysokim poziomie musi stale poszerzać swoją wiedzę, m.in. poprzez szkolenie specjalizacyjne z interesującej ją dziedziny, czy też kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne¹⁴, a także wymianę doświadczeń. Celowi temu służy też stały kontakt towarzystw pielęgniarskich poszczególnych krajów, należących do International Council of Nurses. Zarówno ich działalność, jak też organizacje zrzeszających pielęgniarki, interesujących się różnymi dziedzinami współczesnego pielęgniarstwa, umożliwia stałą wymianę informacji, a tym samym doskonalenie praktyki zawodowej. Warto także podkreślić, że oprócz formalnego doskonalenia zawodowego jest jeszcze wiele innych szkoleń nieformalnych. Są to, np. szkolenia wewnątrzzakładowe, wewnątrzoddziałowe, czy też konferencje, zjazdy itp. Dają one możliwość rozwoju i doskonalenia zawodowego.

Powyższe literaturowe definicje pielęgniarki różną się podejściem autorów. W związku z tym nasuwa się pytanie: jaka jest uniwersalna definicja pielęgniarki? Poszukując elementów wspólnych definicji zaprezentowanych w tej części pracy, można stwierdzić, że opierają się one na trzech głównych przesłankach:

- formalnych – pielęgniarka posiada prawo wykonywania zawodu,
- merytorycznych – pielęgniarka zdobyła doświadczenie oraz uzyskała kwalifikacje i specjalizacje,
- predyspozycjach osobowościowych – pielęgniarka wykonuje pracę z największą starannością, jest otwarta w relacjach z pacjentem oraz pielęgniarkami, chce i umie pracować w zespole.

Płaszczyzny te przenikają się, i tworzą najbardziej trafną definicję zawodu pielęgniarki. Stanowią także punkt wyjścia dla dalszych rozważań i asumpt do rozwiązania problemu efektywności kierowania zespołem pielęgniarskim.

Opierając się na powyższych stwierdzeniach i zaprezentowanych powyżej definicjach można stwierdzić, że pielęgniarka to członek zespołu pielęgniarskiego, który: a) wykonuje

¹⁴ Art. 10 c ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 197, poz. 1923) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 2007 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 102, poz. 708). Specjalizacje dla pielęgniarek mogą być prowadzone w następujących dziedzinach pielęgniarstwa: rodzinnego, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, geriatrycznego, kardiologicznego, nefrologicznego, diabetologicznego, pediatricznego, chirurgicznego, operacyjnego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, onkologicznego, psychiatrycznego, opieki długoterminowej, neurologicznego, opieki paliatywnej, ratunkowego, oraz w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Natomiast kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek mogą być prowadzone w następujących dziedzinach pielęgniarstwa: rodzinnego, w ochronie zdrowia pracujących, anestezjologicznego i intensywnej opieki, psychiatrycznego, onkologicznego, zachowawczego, środowiska nauczania i wychowania, nefrologicznego z dializoterapią, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej, ratunkowego, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, oraz w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

pracę na danym odcinku; b) posiada odpowiednie kwalifikacje do pracy na danym odcinku; c) zna, rozumie, odpowiada na oczekiwania pacjentów i pozostałych członków zespołu. Takie ujęcie eksponuje narastające znaczenie tego pojęcia.

Biorąc pod uwagę kryterium realizowanych przez pielęgniarkę funkcji zawodowych, można dokonać podziału ze względu na:

- a) pełnioną funkcję:
 - pielęgniarki wykonawcze (np. odcinkowe, zabiegowe, opatrunkowe),
 - pielęgniarki oddziałowe,
 - pielęgniarki koordynujące,
 - pielęgniarki naczelne,
- b) specjalizację medyczną: mogą być uzależnione od pracy na danym oddziale, np. chirurgiczne, pediatryczne czy epidemiologiczne,
- c) miejsce wykonywania zawodu:
 - szpital,
 - podstawowa opieka zdrowotna,
 - praktyka pielęgniarska.

Obecnie coraz częściej pielęgniarki doceniają znaczenie poszerzania wiedzy w zakresie kontaktów interpersonalnych, wiedzy o potrzebach jednostki oraz postawach i zachowaniach człowieka. Z tego powodu konieczne stało się zaprezentowanie w dalszej części pracy roli, jaką współcześnie pełni pielęgniarka oraz ukazanie jej wizerunku społecznego.

Wizerunek decyduje o sukcesie każdego przedsiębiorstwa, również zakładów opieki zdrowotnej. Polska pielęgniarka przedstawiana jest w literaturze przedmiotu jako profesjonalista w zakresie opieki pielęgnacyjnej, która w sposób samodzielny i odpowiedzialny zapewnia pomoc bezpośrednio i stosownie do potrzeb i problemów zdrowotnych człowieka, rodziny oraz całych grup społecznych. Pomoc ta obejmuje problematykę promowania zdrowia, zapobiegania chorobom i przywracania zdrowia. Polska pielęgniarka uczy i oddziałuje wychowawczo, wspiera, pomaga, organizuje oraz kieruje procesem pielęgnowania, co wynika z jej funkcji. Poza tym kształtuje partnerskie współdziałanie z ludźmi, którym zapewnia swą pomoc. Jest współpartnerem w różnych działaniach zawodowych, podejmuje wysiłki na rzecz podniesienia jakości efektywności pielęgnowania i opieki nad zdrowiem¹⁵.

¹⁵ B. Bajurna, *Pielęgniarka w zespole pracowniczym*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2007, nr 1, s. 63-67.

Treścią roli zawodowej pielęgniarki jest zbiór wykonywanych funkcji zawodowych oraz oczekiwane zachowania i postawy, zgodnie z określonymi normami i wzorami zachowań¹⁶. W. Stefańska precyzuje bezpośrednie i pośrednie funkcje zawodowe pielęgniarek. Do pierwszej grupy zalicza się funkcje: opiekuńczą, wychowawczą, promującą zdrowie, terapeutyczną oraz rehabilitacyjną. Druga grupa to funkcje: kształcenie, naukowo-badawcza i zarządzanie¹⁷.

W najprostszym ujęciu zmiany zachodzące w roli zawodowej pielęgniarki określić można jako rozszerzenie zadań, usamodzielnienie oraz zmianę charakteru stosunków zarówno z ludźmi, którymi się opiekuje, jak i ze współpracownikami. W okresie transformacji znaczenie ochrony zdrowia i rola pielęgniarki zmieniła się bardzo szybko. Współcześnie pielęgniarka jest bardziej zaangażowana w pracę, co prowadzi do większej niezależności. P.F. Drucker zauważył, że pracownicy bardziej wykształceni, posiadający szeroką wiedzę w swojej dziedzinie, nie będą musieli być poddawani tak szczegółowej kontroli¹⁸. Odnosi się to również do zawodu pielęgniarki, które w nowej roli, bardziej niż do tej pory, staną się niezależne, autonomiczne i samodzielne. Może to spowodować różny wydźwięk zarówno w środowisku zarządczym, jak i w środowisku lekarzy¹⁹. Zmiany, jakie zaszły w zawodzie pielęgniarki przedstawia poniższa tabela.

TABELA 1. PORÓWNANIE TRADYCYJNEJ I WSPÓŁCZESNEJ ROLI PIELĘGNIARKI

Rola pielęgniarki w przeszłości	Rola pielęgniarki współcześnie
– pielęgnowanie człowieka chorego (w szpitalu) – pomoc w zaspokajaniu potrzeb biologiczno-fizycznych człowieka – wykonywanie różnych czynności „dla” i „za” pacjenta – wykonywanie zleceń lekarskich – odpowiedzialność w stosunku do zleceńodawców – jako podstawa	– pielęgnowanie w zdrowiu i chorobie (podstawowa opieka zdrowotna, szpital) – pomoc w zaspokajaniu wielorakich potrzeb zdrowotnych człowieka – współdziałanie zarówno z człowiekiem zdrowym, jak i chorym – samodzielne podejmowanie pielęgnowania w zdrowiu i w chorobie, współpraca zawodowa, wykonywanie zleceń lekarskich – odpowiedzialność w stosunku do człowieka – jako podstawa

Źródło: S. Poznańska, *Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem*, w: *Pielęgniarstwo*, red. K. Zahradniczek, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 47.

¹⁶ B. McNulty, J. Raiman, V. Chapman, J.M. Clark, S. Kirkham, D. Hill, op.cit., s. 28-30.

¹⁷ W. Stefańska, *Podstawowe zadania współczesnej pielęgniarki w opiece zdrowotnej*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2004, nr 1-2, s. 150.

¹⁸ P.F. Drucker, *Społeczeństwo pokapitalistyczne*, PWN, Warszawa 1999, s. 77.

¹⁹ W. Kapła, *Przyszłość pielęgniarstwa – aktywne uczestnictwo w leczeniu i zarządzaniu*, http://www.emedyk.pl/artukul.php?idartukul_rodzaj=85&idartukul=442 (data dostępu 15.07.2009).

W ostatnich latach pielęgniarstwo w naszym kraju nieustannie zmienia się, co powoduje, że osoby wykonujące ten zawód są profesjonalistami. Zmieniają się także oczekiwania pacjentów zakładów medycznych wobec środowiska pielęgniarstwa. Zmiany te zachodzą równocześnie, aczkolwiek nie zawsze nadążają za nimi zmiany organizacyjne – pielęgniarki w dalszym ciągu pracują nie mając wystarczającej ilości niezbędnego sprzętu medycznego. Przypuszczać należy, że polskie środowisko pielęgniarstwa w obliczu pojawiających się zmian – niezależnie od sytuacji ekonomicznej – będzie musiało zmienić się²⁰. Przykładowo, pielęgniarstwo w Wielkiej Brytanii w ciągu 20 lat wyraźnie zmieniło się, wyrzekając się wielu najważniejszych wartości i rezygnując z wcześniej praktykowanego postępowania. Pomimo tego, że tamtejsze pielęgniarki posiadają wiedzę i doświadczenie, nadal są zależne od lekarzy. Wprawdzie są osobami coraz lepiej wykształconymi, samodzielnymi, jednakże zauważany jest dystans pomiędzy tymi dwoma grupami zawodowymi. Lekarze nie są przyzwyczajeni do sprzeciwu czy też podważania ich wiedzy, kompetencji przez tę grupę zawodową²¹. Podobne zjawisko można zauważyć także w Polsce. I chociaż nie każdy zaakceptuje reformę służby zdrowia (w tym także jej pracowników), to jednak trzeba będzie się z tym pogodzić. Bo pewnym jest tylko to, iż z raz obranego kierunku zmian nie powinno się rezygnować²².

Pielęgniarki stanowią, wraz z lekarzami, najliczniejszą grupę zawodową spośród zawodów medycznych. To one stają się coraz częściej, w kierowniczym procesie decyzyjnym, decydującym czynnikiem. Mając informacje zarówno kliniczne, jak i finansowe stają się koordynatorem tychże środków w organizacji. Jest to dla nich ogromne wyzwanie i będą musiały włożyć wiele wysiłku, aby sprostać wymaganiom, z jakimi spotykają się, biorąc udział w procesie zarządzania instytucją²³. Przykładem może być rola pielęgniarek w Wielkiej Brytanii oraz Irlandii. Na niektórych oddziałach szpitalnych obok konsultanta medycznego (specjalisty z dużym doświadczeniem medycznym i autorytetem klinicznym, który kieruje procesem leczenia – w Polsce ordynator) funkcjonuje stanowisko kierownika, którym często jest pielęgniarka. Tym samym ordynator przekazuje część zajęć, które związane są z zarządzaniem. Pielęgniarka dzięki podziałowi obowiązków może wykorzystać swoje przygotowanie z zakresu zarządzania i administrowania, a także sprawuje kontrolę nad ekonomiczno-logistycznymi zagadnieniami leczenia²⁴.

²⁰ Ibidem.

²¹ J. Salvage, *Lekarze i pielęgniarki: każdy sobie*, „British Medical Journal” 2000, nr 11, s. 6-7.

²² W. Kapala, *Przyszłość pielęgniarstwa*.

²³ S.M. Shortell, A.D. Kaluzny, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001, s. 504.

²⁴ M. Kukowska, *Ordynator na rynku*, „Służba Zdrowia” 2001, nr 11, s. 8-9.

Na szczególną uwagę zasługują oczekiwania pacjentów. Ich opinia i satysfakcja jest kluczowa dla osiągnięcia sukcesu, dlatego też zakłady opieki zdrowotnej powinny spełniać ich oczekiwania dotyczące jakości, takie jak: niezawodność, wrażliwość, wygląd, dostępność, kompetencja, uprzejmość, przejrzystość²⁵. Do wyżej wymienionych kryteriów dodaje się również odpowiedzialność, komunikatywność oraz bezpieczeństwo²⁶. Niektórzy autorzy uzupełniają tę listę o następujące, istotne dla osiągnięcia wysokiej jakości usług medycznych, obszary: satysfakcja, jakość kliniczna usługi medycznej²⁷, zasadność, wdrożenie²⁸. W podobny sposób przedstawił czynniki, które decydują o jakości opieki C. Włodarczyk zaliczając do nich: kompetencje personelu, bezpieczeństwo procedur, dostępność usług bez względu na czas i miejsce, ciągłość oraz dostosowanie opieki do potrzeb, a także skuteczność, wydajność i satysfakcję z opieki²⁹. Również K. Jaracz i współpracownicy w swoich badaniach ocenili pozytywnie atmosferę jaka panuje na oddziałach, co sprzyja szybszej rekonwalescencji pacjentów. Okazuje się, że sposób zachowywania pielęgniarek podczas codziennej pracy wzbudza zaufanie wśród pacjentów. Ta podskala wraz ze środowiskiem uzyskały najwięcej ocen pozytywnych, jednakże negatywnie oceniany był czas poświęcony przez pracowników medycznych, w tym również pielęgniarki, na rozmowy z pacjentem³⁰.

Zapewnienie jakości wymaga pełnej współpracy całego personelu zakładu opieki zdrowotnej. Świadomość znaczenia, iż jakość to wykładnia pracy zespołowej jest czynnikiem kluczowym. W ocenie wyniku, będącego fundamentem realizowanej opieki, autorka pracy uważa, że należy oprzeć się na satysfakcji pielęgniarek z wykonywanej pracy oraz satysfakcji pacjentów, których zadowolenie jest odzwierciedleniem nie tylko efektów zabiegu leczniczego, ale także innych czynników, takich jak: stosunek pielęgniarki do chorego, klimat panujący na danym oddziale czy też sposób przekazywania informacji.

Wprowadzenie zasad konkurencji na rynku usług medycznych z pewnością przyczynia się do poprawy jakości realizowanych świadczeń, a co za tym idzie, wpłynie pozytywnie na

²⁵ K. Opolski, K. Polkowski, *Jakość w zarządzaniu bankiem*, w: *Jakość w banku w praktyce i teorii zarządzania*, red. K. Opolski, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2000, s. 21-23.

²⁶ K. Opolska, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2003, s. 32-33.

²⁷ Oznacza to m.in. fakt, że usługodawca świadczy usługi medyczne (odpowiadające stanowi zdrowia pacjenta, w sposób kompetentny i bezpieczny zarówno dla pacjenta, jak i personelu) przez pracowników medycznych o odpowiednich kwalifikacjach, w odpowiedni sposób (według np. procedur, schematów, standardów), w odpowiednim czasie, kończąc pożądanym wynikiem.

²⁸ A.G. Lawthers, *Pomiar jakości a menedżer ochrony zdrowia*, „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, t. 1, nr 3, s. 19.

²⁹ K. Szczerbińska, *Jakość opieki zdrowotnej*, w: *Zdrowie publiczne*, t. 2, red. A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, s. 148.

³⁰ K. Jaracz, K. Wdowczyk, K. Górna, *Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2005, nr 1, s. 9-14.

zdrowie, bezpieczeństwo i satysfakcję pacjentów leczonych w danym zakładzie opieki zdrowotnej³¹. Jednak wymaga to wypracowania pewnych mechanizmów rynkowych, które umożliwią osobom zarządzającym zakładem opieki zdrowotnej skuteczne i efektywne zarządzanie jakością opieki sprawowanej przez pielęgniarki.

Opinie powstają na podstawie doświadczeń własnych, posiadanej informacji, a także wpływów i interakcji ze środowiskiem społecznym. Można nie korzystać z opieki pielęgniarskiej jakiegoś zakładu opieki zdrowotnej, a mieć wyrobioną o niej opinię i opinię tę wyrażać. Niektóre opinie są trwałe, inne zmienne. Zależą one od wartości przedmiotu opinii dla osób je wyrażających. Warto podkreślić znaczenie czynników, które warunkują opinię pacjentów o pracy pielęgniarek w zakładach opieki zdrowotnej. Ich analiza pozwoli usunąć elementy szkodliwe, a wspierać korzystne dla procesu opiniotwórczego. Będzie też wpływać na zobiektywizowanie warunków pracy tak, aby stawała się ona przesłanką do wyrażania opinii sprawiedliwych i obiektywnych, a co za tym idzie, miarodajnych.

Zadowolony, usatysfakcjonowany z wyników hospitalizacji w szpitalu pacjent (mając na uwadze zarówno zadowolenie z procesu leczenia, jak i opieki) przy pojawieniu się kolejnej potrzeby skorzystania z usług na pewno wybierze tę samą placówkę. Prowadzone przez C. Boshoffa i B. Graya badania potwierdziły dodatnią korelację pomiędzy stopniem spełnienia przez usługodawcę oczekiwań pacjentów a powstaniem zjawiska lojalności pacjentów wobec danego usługodawcy³². Niektórzy autorzy wskazali na powiązania między zadowoleniem pacjentów a wielkością praktyki. Większy zakład opieki zdrowotnej jest bardziej fragmentaryczny i bardziej bezosobowy, a pacjenci są mniej zadowoleni³³. Zadowolenie jest stanem odczuwanym przez jednostkę i związanym z porównaniem postrzeganych cech usługi oraz oczekiwań jednostki dotyczących tychże cech.

Duży odsetek usatysfakcjonowanych z opieki medycznej pacjentów może sugerować wysoki poziom opieki. Obecnie jest to bardzo trafny wskaźnik, sugerujący pacjentom/klientom korzystanie z danej placówki służby zdrowia. Jest to także z korzyścią, na przykład dla szpitala,

³¹ Ph. Kotler przyznał, że *klienci są dziś kapryśni, nieobliczalni, dobrze poinformowani, wymagający stałej uwagi*. Natomiast J. Penc uważa, że *najważniejszym nośnikiem pożądanego obrazu przedsiębiorstwa na zewnątrz są klienci, a wykładnikiem efektywności jego promocji ich zadowolenie, w które należy inwestować, traktując je jako przyszłościową inwestycję o dużym znaczeniu*. Podkreśla dalej, że całość procesów organizacyjnych musi być jednoznacznie zorientowanych na podstawowy i najważniejszy rezultat, jakim jest zadowolony klient (w naszym przypadku pacjent). W. Kapła, P. Drygas, *Personel pielęgniarski w organizacji – ocena, wyobrażenia i oczekiwania potencjalnych klientów placówek służby zdrowia w Polsce*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2001, t. 3, s. 38.

³² C. Boshoff, B. Gray, *The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry*, “South African Journal of Business Management” 2004, vol. 35, no. 4, s. 27-37.

³³ J. Lancaster, W. Lancaster L. Onega, *New directions in health – care reform: the role of nurse practitioners*, “Journal of Business Research” 2000, nr 48, s. 207-212.

ponieważ nastąpi przepływ środków finansowych „za pacjentem”, które w istotny sposób wpływają na jakość opieki nad nim, a ta z kolei na satysfakcję z opieki.

Należy podkreślić, że niezadowolenie pacjentów zakładów opieki zdrowotnej najczęściej powiązane jest z negatywnie odbieranym zachowaniem zatrudnionych w nich ludzi³⁴. O całościowej satysfakcji pacjentów z pobytu w szpitalu decyduje również poziom opieki pielęgniarstwa, na którą wpływają zachowania i wzajemne oddziaływania poszczególnych osób w zespole pielęgniarstwa³⁵. Niezadowoleni z jakości usług medycznych klienci powtórnie nie zaryzykują błędnej diagnozy lub nie miłego traktowania, ale zwrócą się do instytucji cieszącej się dobrą reputacją, kompetentnej i przyjaznej pacjentom, która dba o swój wizerunek w mediach, regularnie informuje o świadczonych przez siebie usługach i natychmiast reaguje na wszystkie sytuacje kryzysowe³⁶.

Klient wydaje opinię o jakości usługi nie tylko na podstawie jakości technicznej (np. czy zabieg się udał), lecz także na podstawie jakości funkcjonalnej (np. czy opiekujący się nimi pracownicy wykazują zainteresowanie i czy wzbudzają zaufanie). Profesjonaliści, podobnie jak inni usługodawcy, muszą poza wysoką jakością swoich usług dbać również o klienta³⁷. Jednakże należy zwrócić uwagę na jeszcze jedną, jakże istotną sprawę. Mianowicie, jakość w opiece zdrowotnej może być różnie rozumiana, gdyż ludzie chorzy i ich rodziny koncentrują swoją uwagę i poddają ocenie wyniki leczenia i opieki pielęgniarstwa, postawy pracowników wobec podopiecznych, czas im poświęcony oraz otoczenie, w którym przebywają³⁸.

K. Rogoziński podkreśla, że *jakość wykonania i poziom obsługi będzie przede wszystkim wynikiem zachowania się pracowników w specyficznej sytuacji i właściwie jest bez znaczenia, czy i jakie mają wsparcie zaplecza i jaki kapitał finansuje ich działalność*. Na problem ten zwrócił również uwagę R. Norman, który stwierdził, że w procesie wykonywania usługi liczy się przede wszystkim intensywność zaangażowania osobowości pracowników zatrudnionych w świadczeniu usług³⁹. Pacjenci coraz częściej zwracają uwagę właśnie na elementy „dodane” do usługi, do których można zaliczyć serdeczność, dyspozycyjność pracowników (w tym właśnie pielęgniarek), łatwość w nawiązywaniu kontaktu słownego,

³⁴ M. Wolny, *Chwile prawdy*, „Przewodnik Menedżera Zdrowia” 2001, nr 6, s. 15.

³⁵ K. Juszczak, K. Jaracz, *Jakość opieki pielęgniarstwa w świetle aktualnych badań- przegląd literatury*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2008, nr 4, s.321-326.

³⁶ M. Lasota, A. Rychlicka, A. Ryś, W. Stępień, *Public relations w ochronie zdrowia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000, s. 15.

³⁷ M. Polakowska, W. Przybylski, *Komunikacja w marketingu*, „Antidotum” 2001, nr 10, s. 53.

³⁸ D. Chmielewski, *Servqual metoda badania jakości świadczonych usług zdrowotnych*, „Menedżer Zdrowia” 2001, nr 6, s. 17.

³⁹ W. Kapała, *Organizacja pracy a jakość usług medycznych*, „Antidotum” 2001, nr 4, s. 17.

empatię czy też wsparcie psychiczne i udzielanie wyczerpujących informacji. Pacjent w różny sposób może ocenić jakość swoich wymagań co do otrzymanej usługi medycznej. W zależności jak postrzega jakość swojego życia. Oceny tej może dokonać w sposób subiektywny lub obiektywny. W subiektywnej ocenie jakości życia uwzględnia jakość doświadczeń życiowych natomiast w ocenie obiektywnej zwróci uwagę na warunki zewnętrzne⁴⁰.

Podsumowując informacje o rozpoznawaniu wymagań stawianych przez pacjentów oraz ocenianiu stopnia ich zadowolenia należy stwierdzić, że czynniki te powinny być traktowane przez instytucje ochrony zdrowia jako systematyczne metody oceny jakości usług, w konsekwencji zmierzające do osiągania coraz wyższego poziomu świadczeń zdrowotnych, w tym także pielęgniarских⁴¹. Ich rola zawodowa i oczekiwane wyobrażenie mają istotny wpływ na wyniki efektywności funkcjonowania całego zakładu opieki zdrowotnej.

Można zauważyć, że wszelkie strategie organizacji i wszystkie jej cele są realizowane przez zespoły ludzkie. To one projektują i wykorzystują technologie, tworzą organizację i uczestniczą w jej życiu. Od tego kim są i w jaki sposób działają zależy trwanie i byt przedsiębiorstwa. Można więc założyć, że los przedsiębiorstwa zależy od jej uczestników, a więc od kapitału ludzkiego. Dlatego zasoby ludzkie, obok finansowych, materialnych czy informacyjnych, wchodzi w skład podstawowych zasobów organizacji i mają duży wpływ na ich funkcjonowanie. Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej obecnie opiera się na takich samych zasadach, jak w innych gałęziach gospodarki⁴².

Warto przyrzeć się jednej z podstawowych funkcji organizacji, jaką jest funkcja personalna. Zajmuje się ona zarządzaniem potencjałem społecznym organizacji, czyli zarządzaniem zasobami ludzkimi⁴³. W literaturze przedmiotu można spotkać wiele definicji określających funkcję personalną⁴⁴. Cele tej funkcji, rezultat działalności oraz szczegółowych

⁴⁰ K. Jaracz, *Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2001, nr 12, s. 219-226.

⁴¹ E. Jakubek, *Rola systemów zapewniania jakości w tworzeniu kultury organizacyjnej zakładów opieki zdrowotnej*, w: *Zmiany w ochronie zdrowia. Promocja, edukacja, terapia, zarządzanie*, red. M.D. Głowacka, Wyd. Baskat Marek Baumgart, Poznań 2006, s. 293.

⁴² B. Bajurna, *Nurse – a professional working with the ill in the hospital*, w: *Management of personnel education in health care*, red. M.D. Głowacka, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2008, s. 152-164.

⁴³ M. Kostera, *Zarządzanie personelem*, PWE, Warszawa 1999, s. 23. W literaturze anglojęzycznej najczęściej używane terminy to: *personel administration* (administrowanie personelem), *personel managenent* (zarządzanie personelem) czy też *human resources management* (zarządzanie zasobami ludzkimi). Patrz więcej M. Gableta, *Zarządzanie personelem*, w: *Potencjał pracy w przedsiębiorstwie – kształtowanie i wykorzystanie*, red. M. Gableta, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1998, s. 75.

⁴⁴ W literaturze polskiej najczęściej używane terminy to: a) polityka kadrowa – system celów, zasad, metod i instrumentów oraz zespolonych z nimi działań, nakierowanych na kształtowanie zespołów pracowniczych, sprzyjających sprawnemu funkcjonowaniu organizacji i spełnianiu potrzeb danego pracownika (H. Król, *Szkice*

zamierzeń organizacji, mają zasadnicze znaczenie dla całego procesu zarządzania. Tworzą bowiem warunki na rzecz rozwoju pracowników wzrostu ich kreatywności i zaangażowania w realizacji celów organizacji⁴⁵. W myśl nowoczesnego podejścia do zarządzania personelem, pracownicy są podstawowym zasobem organizacji, ponieważ cele wynikające ze strategii firmy realizowane są właśnie przez nich. Przy takim podejściu widzi się w zasobach ludzkich nie tylko źródło kosztów, ale także element organizacji, w który należy inwestować, aby zapewnić jej rozwój⁴⁶. Zdaniem M. Armstronga zarządzanie zasobami ludzkimi jest strategicznym i spójnym podejściem do zarządzania zasobami, jakimi są ludzie w danej organizacji, którzy indywidualnie i zbiorowo przyczyniają się do realizacji jej celów. Uważa on, że jest to metoda zarządzania personelem, dzięki której istnieje możliwość poprawy efektywności funkcjonowania organizacji⁴⁷.

Profesjonalista zajmujący się zarządzaniem, niezależnie od profilu organizacji, którą zarządza, wie, że najważniejsi w organizacji są ludzie i że efektywne nimi kierowanie jest podstawą sukcesu. Dlatego warto zaznaczyć, że celem zarządzania zasobami ludzkimi jest:⁴⁸

- zapewnienie szeregu usług wspierających cele przedsiębiorstwa i stanowiących element procesu kierowania organizacją,
- pozyskiwanie i zatrzymywanie w firmie wykwalifikowanych, zaangażowanych pracowników,
- podnoszenie i rozwijanie wrodzonych możliwości ludzi, poprzez szkolenie i umożliwienie rozwoju,
- stworzenie klimatu sprzyjającego poprawnym relacjom między kadrą kierowniczą a pracownikami, rozwijającego poczucie wzajemnego zaufania,

z zarządzania zasobami ludzkimi, Wyd. Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Warszawie, Warszawa 2002, s. 5); b) zarządzanie kadrą – zbiór działań związanych z ludźmi, które są ukierunkowane na osiągnięcie celów i zaspokojenie rozwoju zawodowego pracowników (T. Listwan, *Przedmiot, ewolucja i znaczenie zarządzania kadrą*, w: *Zarządzanie kadrą*, red. T. Listwan, Wyd. C.H. BECK, Warszawa 2002, s. 7); c) zarządzanie potencjałem społecznym – pozyskiwanie uczestników organizacji, ich nagradzanie, karanie a także ich rozwój (M. Kostera, S. Kownacki, *Zarządzanie potencjałem społecznym organizacji*, w: *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, red. A.K. Koźmiński, W. Piotrowski, PWN, Warszawa 2000, s. 401); d) zarządzanie potencjałem pracy – stosowanie takich metod i narzędzi, które wpłyną na realizację misji a zarazem pozwolą osiągnąć cele organizacji, rozwijając i wykorzystując potencjał jaki tkwi w pracownikach (T. Oleksyn, *Praca i płaca w zarządzaniu*, Wyd. Międzynarodowa Szkoła Zarządzania, Warszawa 2001, s. 117); e) zarządzanie zasobami ludzkimi – kapitał organizacji, od którego zależy jej wartość (A. Sajkiewicz, *Zasoby ludzkie w firmie. Organizacja, kierowanie, ekonomika*, Wyd. Poltext, Warszawa 2002, s. 17).

⁴⁵ K. Dobrzański, *Ewolucja spojrzenia na zasoby ludzkie organizacji*, „Merkuriusz Leszczyński” 2007; nr 56-57, s. 25-28.

⁴⁶ M. Sobkowski, *System zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej zgodny z normą ISO 9001:2000*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Termedia, Poznań 2004, s. 101.

⁴⁷ M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, wyd. 3 poszerz., Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2000, s. 15.

⁴⁸ Ibidem, s. 19-20.

- stworzenie warunków sprzyjających pracy zespołowej,
- zapewnienie, by pracowników ceniono i nagradzano za pracę i osiągnięcia,
- zapewnienie wszystkim równych szans z uwzględnieniem różnic między ludźmi i grupami,
- przyjęcie etycznych zasad zarządzania pracownikami, opierających się na trosce o ludzi, sprawiedliwości i przejrzystości.

M. Dobska i K. Rogoziński zauważają, że *celem zarządzania zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej nie jest bowiem praca socjalna, lecz efektywne spożytkowanie zasobów ludzkich. Warunkiem osiągnięcia tego celu jest zapewnienie dyspozycyjności i funkcjonalności zatrudnionego personelu*⁴⁹. Przyspieszony rozwój społeczno-ekonomiczny i dynamika zmian, widziana w otoczeniu i wewnątrz organizacji, wpływa na jej rozwój i miejsce w organizacji. Wzrastająca konkurencyjność i konieczność utrzymania przewagi konkurencyjnej zmusza organizacje do coraz lepszego wykorzystania swoich zasobów i możliwości. W odniesieniu do zasobów ludzkich, wykorzystanie ich potencjału wymaga ciągłości działań na rzecz rozwoju, kształtowania właściwych warunków pracy i odpowiednich stosunków międzyludzkich. Wymaga to pełnego zorientowania na człowieka, zespół ludzki a także na dokonanie przemian w świadomości decydujących i wykonawców. Wynika z tego, że jest to kwestia złożona i godna szukania właściwych rozwiązań, sprzyjających wzrostowi innowacyjności i przedsiębiorczości pracowniczey. Wymaga tego dobro organizacji i zasobów ludzkich oraz konieczność zaspokajania wzrastających potrzeb społecznych⁵⁰.

Istotną rolę w zakładach opieki zdrowotnej odgrywają osoby na stanowisku kierowniczym. Przełożony, który w procesie zarządzania potrafi wykorzystać wiedzę zarówno z zakresu organizacji i zarządzania, jak psychologii i socjologii, jest w stanie wywołać wśród ludzi poczucie jedności, współodpowiedzialności, chęci działania. Przekazany pracownikom cel do realizacji będzie przez nich uważany za własny, dlatego mniej lub bardziej świadomie dążąc do osiągnięcia własnego celu postępują zgodnie z zamierzeniami kierownika, realizując zadania zakładu, w którym pracują⁵¹.

⁴⁹ M. Dobska, K. Rogoziński, *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 318.

⁵⁰ K. Dobrzański, *Ewolucja spojrzenia na zasoby ludzkie organizacji*, s. 25-28.

⁵¹ A. Jagodziński, *Zarządzanie czynnikiem ludzkim w procesie pracy – geneza perspektywy badawczej*, „Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej” 2003, nr 4, s. 11.

Zatrudnione w zakładach opieki zdrowotnej kadry profesjonalistów można, ze względu na kierunek ich przygotowania zawodowego oraz ze względu na rodzaj wykonywanych przez nich zadań zawodowych, podzielić na:⁵²

- kadry wykonujące profesjonalne działania diagnostyczno-terapeutyczno-rehabilitacyjne, odpowiadające za proces ratowania zdrowia, a w związku z tym również za ograniczanie skutków choroby oraz za poziom przywracanej pacjentowi sprawności,
- kadry zarządzające wykonywaniem zadań przez zakład opieki zdrowotnej,
- kadry obsługi technicznej, odpowiadające za realizację zadań dystrybucyjnych, za utrzymanie sprawności technicznej urządzeń, za sprawność i jakość obsługi socjalnej w zakresie higieny, sprawności, ciągłości i wystarczalności obsługi łańcucha logistycznego zasobów wspomagających proces diagnozy, terapii i rehabilitacji.

Stanowiska kierownicze pielęgniarskie to przede wszystkim pielęgniarka oddziałowa i jej zastępca oraz pielęgniarka naczelna. Sprawowanie takich stanowisk wymaga udziału w postępowaniu konkursowym. Niezbędne jest posiadanie odpowiednich kwalifikacji kierunkowych. Kwalifikacje te określa taryfikator kwalifikacyjny.

TABELA 2. TARYFIKATOR KWALIFIKACYJNY NA PIEŁĘGNIARSKIE STANOWISKA KIEROWNICZE

Stanowisko	Wymagane kwalifikacje/wykształcenie	Liczba lat w zawodzie
Naczelna pielęgniarka	Wyższe pielęgniarskie lub inne wyższe mające zastosowanie przy udzielaniu świadczeń w działalności podstawowej i średnie medyczne	5
Pielęgniarka, położna oddziałowa, zastępczyni pielęgniarki, położnej oddziałowej	Wyższe pielęgniarskie lub inne wyższe mające zastosowanie przy udzielaniu świadczeń w działalności podstawowej	3 w szpitalu
	Średnie medyczne i specjalizacja	5 w szpitalu
	Średnie medyczne i kurs kwalifikacyjny	7 w szpitalu

Źródło: załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w zakładzie opieki zdrowotnej – Dz.U. nr 30, poz. 300.

W okresie transformacji systemu opieki zdrowotnej niezbędne staje się doskonalenie zawodowe osób w nim pracujących. Szczególnie kadra kierownicza, ze względu na sprawowanie swojej funkcji, musi szybko dostosowywać się do zmieniających się warunków

⁵² M.D. Głowacka, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia ogólne*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Termedia, Poznań, 2004, s. 13.

– modyfikować swoją wiedzę, umiejętności i postawy – aby efektywnie i sprawnie realizować swoje zadania. Oczekuje się od niej dynamicznego i nowatorskiego podejścia do realizowania zadań zdrowotnych i właściwego organizowania pracy zespołowej. Dzięki takiemu podejściu niezbędne stają się szkolenia kadr kierowniczych różnych szczebli zarządzania (również pielęgniarских), umożliwiające usystematyzowanie zadań, czy też podanie przykładów zadań⁵³ pełnionych przez menedżerów ochrony zdrowia⁵⁴.

Szeroki wachlarz działań, które inicjuje osoba kierująca zespołem ma wpływ na wykonywaną pracę podległego personelu. To od niej zależy czy znajdzie sposób zarówno na zadowolenie pracownika, jak i osiągnięcie efektywności organizacji. Jednak przed podjęciem szerszych rozważań na ten temat należałoby scharakteryzować pojęcie i znaczenie grupy społecznej oraz przedstawić niektóre definicje zespołów pracowniczych.

Z. Ziemiński mianem grupy społecznej określa zespół osób, które są ze sobą powiązane więzią społeczną, jak również obiektywną lub subiektywną⁵⁵. Pracownicy oddziału są połączeni więzią, posiadają własną odrębność grupową, są grupą sformalizowaną, opartą na normach organizacyjnych wyznaczonych przez pracodawcę. Nie można jednak pominąć faktu, że są też grupą celową, powołaną do spełnienia określonych zadań i misji. Należy dodać, że *zespół traktowany jest jako specyficzna grupa społeczna, powiązana formalnymi i nieformalnymi „więzami”, wykonująca określone zadania w celu uzyskania określonej gratyfikacji materialnej i pozamaterialnej*⁵⁶. Trzeba zauważyć, że pielęgniarki współpracują zarówno ze sobą, jak i z innymi przedstawicielami zawodów medycznych. Na pielęgniarских stanowiskach pracy realizowana jest praca indywidualna i zespołowa. Praca indywidualna jest to działalność wykonywana przez jedną pielęgniarkę w stosunku do jednego pacjenta lub grupy pacjentów. Natomiast praca zespołowa polega na osiąganiu wspólnego celu przez grupę podążającą w tym samym kierunku. Cel osiągany jest przez poszczególnych członków, którzy mają do wykonania zadania cząstkowe⁵⁷. H. Lenartowicz zaznacza, że zespół to grupa społeczna *dwóch lub więcej osób, między którymi zachodzą bezpośrednie interakcje, osoby te mają wspólny cel/cele, akceptują i realizują pewne wspólne wartości i normy, grupa ta ma swoją wewnętrzną strukturę z zaznaczającą się osobą przywódcy*⁵⁸.

⁵³ Publikacja ta zawiera opisy stanowisk pielęgniarских i innych, a także profil wymagań zawodowych na danych stanowiskach w opiece zdrowotnej.

⁵⁴ M.D. Głowacka, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, s. 7.

⁵⁵ Z. Ziemiński, *Elementy socjologii*, Ars boni et aequi, Poznań 1983, s. 39.

⁵⁶ B. Kożusznik, *Zachowania człowieka w organizacji*, PWE, Warszawa 2007, s. 98.

⁵⁷ A. Kowal, G. Gawel, *Organizacja pracy własnej*, w: *Podstawy organizacji pracy pielęgniarской*, red. A. Ksykiewicz-Dorota, Wyd. Czelej, Lublin 2004, s. 139.

⁵⁸ H. Lenartowicz, *Kierowanie w pielęgniarstwie w: Podstawy organizacji pracy pielęgniarской*, red. A. Ksykiewicz-Dorota, Wyd. Czelej, Lublin 2004, s. 74.

Badania nad zespołem pracowniczym zostały zapoczątkowane przez E. Mayo w Western Electric Company w Hawthorne (lata 1924-1936) w Stanach Zjednoczonych⁵⁹. Dotyczyły one rozumienia pojęcia grupy, rodzajów grup, ról w zespole, rywalizacji członków grupy, budowania zespołu, a także kierowania nim. E. Mayo wraz z zespołem wykazał, że to, jak pracują ludzie jest zależne od stosunków w organizacji. Stwierdził też, że człowiek jest motywowany potrzebami społecznymi, w tym zadowoleniem z wykonywanej pracy⁶⁰. B. Kozusznik zauważyła, że pomiędzy członkami grupy występuje spójność stanowiąca o rozwoju więzi⁶¹. Tego typu grupy charakteryzują się wzajemną lojalnością członków i szacunkiem w stosunku do norm grupowych. Stwierdziła ona, że do czynników wpływających na tę spójność należy zaliczyć: bliskość przestrzenną (osoby pracujące blisko siebie mogą tworzyć bardziej spójną grupę), podobieństwo wykonywanych zadań w pracy, wielkość grupy, zagrożenia zewnętrzne, wiek, płeć. Ma to ogromne znaczenie w zakładach opieki zdrowotnej, gdyż ta spójność przyczynia się do realizacji zadań zawodowych. Można powiedzieć, że zespół pracowniczy to specyficzna grupa społeczną, która jest uwarunkowana podziałem pracy, typem używanych narzędzi, typem miejsca pracy oraz jego wyposażenia⁶².

Osoba pracująca w zespole ponosi odpowiedzialność za ustalenie i realizację celów. Z tej przyczyny posiada skłonność do uczestniczenia w dyskusji i wzajemnego wspierania się. W ten sposób pozbawia się niepokoju, że skompromituje się przed kolegami⁶³. Cel zespołu powinien odpowiadać celom osobistym pracowników w takich obszarach, jak wynagrodzenie, potrzeba akceptacji czy też branie odpowiedzialności. Jednak stworzenie zespołu, który będzie działał efektywnie, będzie odporny na przeciwności, jest procesem długotrwałym. Ale warto podjąć to wyzwanie, ponieważ zespół, w którym ludzie czują się dobrze przyczynia się do jego sukcesów, a tym samym powiększa potencjał kierownictwa. Jak zauważa A. Koper, pielęgniarka, nawet najwybitniejsza, niewiele zdziała, jeśli nie współpracuje w zespole⁶⁴. Zwraca też uwagę na to, że osoba zarządzająca kadrą pielęgniarską powinna być przygotowana do pracy zespołowej, ponieważ to ona przydziela pielęgniarkę z zespołu odpowiednią rolę i zadania oraz dba o to, aby je zaakceptowała i wykonywała. Wszyscy w zespole powinni siebie nawzajem akceptować. Ważne jest, aby zespół charakteryzował się pewnymi właściwościami, na przykład, aby było dopuszczalne otwarte przyznanie się do

⁵⁹ M. Dobska, K. Rogoziński, op.cit., s. 316.

⁶⁰ L. Korzeniowski, *Menedżment. Podstawy zarządzania*, ESA, Kraków 2005, s. 98.

⁶¹ B. Kozusznik, *Zachowania człowieka w organizacji*, s. 78

⁶² B. Kozusznik, *Kierowanie zespołem pracowniczym*, PWE, Warszawa 2005, s. 48

⁶³ E. Stychno, G. Rogala-Pawelczyk, K. Kulczycka, *Pielęgniarki pracują zespołowo*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2002, nr 6, s. 7.

⁶⁴ A. Koper, *Pielęgniarka oddziałowa w nowoczesnym szpitalu*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2001, nr 9, s. 8.

porażki, ponieważ może to doprowadzić do wykreowania nowych pomysłów i rozwiązań. Niemniej jednak istotnym staje się określenie wspólnego celu. Jeżeli uznamy, że w przypadku zakładów opieki zdrowotnej celem takim jest wysoka jakość usług medycznych oraz jego pozytywny wizerunek, to również taki cel powinny mieć pielęgniarki. Zaangażowanie całego zespołu ułatwia osiągnięcie wspólnego celu i poprawną komunikację, co w konsekwencji powoduje zwiększenie zaufania i pozytywne relacje pracowników⁶⁵.

Mówiąc o pielęgniarkach należy zwrócić uwagę, że szczególnie w tym zawodzie nikt nie pracuje samodzielnie, czynności i działania zawsze są w jakiś sposób związane z czynnościami innych pracowników. Dlatego funkcjonowaniu zespołów towarzyszy często poczucie członkostwa, postrzeganie siebie jako jednostki społecznej⁶⁶. Pielęgniarki w oddziałach tworzą charakterystyczne dla każdego oddziału grupy pracowników. Każda grupa ma formalnie wyznaczoną pielęgniarkę oddziałową, a wyżej w hierarchii pielęgniarkę naczelną. Jednak istotą pracy pielęgniarek w szpitalu jest to, że wykonuje się ją w różne dni, na różne zmiany, z różnymi osobami. Tak powstają zespoły, które mają charakter przypadkowy. Zespoły (inaczej niż grupy) nie mają stałego lidera, więc staje się nim osoba, która zna się najlepiej na obecnie wykonywanym zadaniu i tym samym wszyscy członkowie zespołu uczą się od siebie⁶⁷.

Praca pielęgniarki nabiera szczególnego znaczenia zarówno w zespole pielęgniarskim, jak i w szerszym zespole terapeutycznym danej jednostki organizacyjnej. Jej spostrzeżenia i wnioski niejednokrotnie przydają się do ostatecznego zdiagnozowania choroby przez lekarza, jak również są pomocne w trakcie całego procesu leczenia. Ze względu na zmiany i ciągłe dążenie do poprawy jakości usług medycznych, pielęgniarka musi wykazywać się w swojej pracy profesjonalizmem i nieustanną gotowością niesienia pomocy pacjentowi. *W zakładach opieki zdrowotnej prawidłowe funkcjonowanie zespołów pracowniczych powinno się wyrażać między innymi postrzeganiem określonych standardów jakości usług medycznych, zgodnie z przyjętą „raz na zawsze” procedurą najpełniejszego zaspokajania zdrowotnych i psychologicznych potrzeb pacjenta*⁶⁸. Współpraca pomiędzy pielęgniarkami i całym personelem medycznym, obdarzenie się zaufaniem i rzetelność w wykonywaniu obowiązków wpływa nie tylko na atmosferę w pracy, ale również na jakość sprawowanej nad pacjentem opieki. Jest to możliwe, gdy pracownik ma poczucie własnej siły i kompetencji oraz

⁶⁵ M. Dobska, K. Rogoziński, op.cit., s. 380.

⁶⁶ I. Oandas et. al., *Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada*. Canadian Health Services Research Foundation, Kanada 2006, s. 11-13.

⁶⁷ W. Kapała, P. Drygas, *Praca w zespole – źródło sił i konfliktów*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2004, nr 5, s. 8.

⁶⁸ M. Dobska, K. Rogoziński, op.cit., s. 385.

przekonanie, iż jego aktywność i wysiłek realnie wpłynie na działanie organizacji. Pielęgniarki za satysfakcjonującą współpracę uważają taką, w której pełnią rolę partnera w zespole.

Problem współpracy w zespole pracowniczym omawiany był w wielu podręcznikach z dziedziny medycyny. Zaskakujące jest jednak to, że tak ważna kwestia w znacznej części literatury przedmiotu jest poruszana tylko teoretycznego punktu widzenia. Dopiero praca zawodowa pielęgniarki pozwala poznać specyficzny charakter tego zawodu. Doświadczenie zawodowe pielęgniarek bardzo często ukazuje wiele problemów wynikających ze współzawodnictwa – wywyższanie się, rywalizację, poniżanie oraz śmiesznie czy wręcz infantylne zachowania. Zatem „nauczenie się” współpracy zdaje się być niezbędne już na studiach medycznych tak lekarskich, jak i pielęgniarskich.

Badania norweskie⁶⁹ pokazały, że lekarzy cieszy taka współpraca, w której mogą zaznaczyć swoją dominację nad pozostałym personelem. Natomiast pielęgniarki za satysfakcjonującą współpracę uważają taką, w której pełnią rolę partnera w zespole. Partnerstwo oznacza dla nich posiadanie i uznanie praw pielęgniarki na równym poziomie z prawami lekarza⁷⁰. Dla współczesnego pielęgniarstwa niezwykle ważne jest stworzenie modelu współpracy, opartego na współdziałaniu obu tych profesji. Do tej pory dominacja lekarza nad pielęgniarką była spowodowana brakiem jej wiary we własne siły i możliwości oraz lekarską nieznajomością kompetencji i wiedzy pielęgniarskiej na temat rozpoznanej choroby, postępowania w ostrych stanach itd.⁷¹ Jednak obecnie pozycja pielęgniarki w zespole terapeutycznym zmienia się, gdyż coraz częściej staje się ona partnerem lekarza i profesjonalistą w swoim zawodzie.

Zespół terapeutyczny to przede wszystkim ludzie, których zachowanie jest charakterystyczne dla poszczególnych jednostek. Pozwala to rozpoznać ich jako grupę przez osobę z zewnątrz. Wzorzec zachowań jest przekazywany z pokolenia na pokolenie, jest on tym trwalszy, im silniejsze autorytety go uosabiają. Formuje je rodzina, szkoła, środowisko, przywódcy grup. W obecnych czasach, przyspieszonego do granic wyobraźni obiegu informacji, niestety słabnie więź grupowa, rodzinna, maleje przywiązanie do tradycji. Sytuacja ta stwarza nowe szanse w modelowaniu postępowania ludzkiego, a w przypadku

⁶⁹ Badania przeprowadzili U. Krogstad, D. Hofoss, P. Hjortdahl w 15 norweskich szpitalach. U. Krogstad, D. Hofoss, P. Hjortdahl, *Doctor and nurse perception of inter professional co-operation in hospitals*, "International Journal for Quality in Health Care" 2004, vol. 16, no. 6.

⁷⁰ U. Krogstad, D. Hofoss, P. Hjortdahl, op.cit., s. 491-497. Warto zauważyć, że oxfordzka definicja współpracy traktuje ją jako akt wzajemnej pracy dwóch lub większej liczby osób uznających siebie nawzajem za partnerów. Patrz więcej D. Sundin-Huard, *Subject positious theory – its application to understanding collaboration (and confrontation) in critical care*, "Journal of Advanced Nursing" 2001, no. 34, s. 376-382

⁷¹ R. Joudrey, J. Gough, *Caring and curing revisited: student nurses perceptions of nurses and physicians ethical stances*, "Journal of Advanced Nursing" 1999, no. 29, s. 154-162.

medycyny, ułatwia wytwarzanie zachowań celowych, także kształtowania modelu współpracy w zespole interdyscyplinarnym⁷².

W pracy zespołowej w szpitalu wspólnie oznacza lepiej. Zarówno pielęgniarki, jak i lekarze nie dzieląc się uwagami czy poczynionymi obserwacjami, nie wykorzystują swojego potencjału. Wśród czynników wpływających na jakość pracy wymienia się m.in. brak wsparcia przełożonych, niewłaściwe relacje interpersonalne z współpracownikami, brak porozumienia, jak również popełniane błędy w procesie terapeutycznym⁷³. Takie stereotypy wynosi się już ze szkół i uczelni medycznych, a przekonania o słuszności swej postawy nabiera się już po pierwszych dniach praktyki szpitalnej. Wspólnym celem pozostaje dobro pacjenta, którego w samotnym działaniu nie uda się osiągnąć, dlatego współpraca jest konieczna. Każdy członek zespołu ma własny obszar działań. Nikt inny poza nim nie posiada bardziej szczegółowej wiedzy i kompetencji w danej dziedzinie. Wzajemna kooperacja polega na wymianie informacji na temat efektów działania w swoim obszarze pracy, co może stanowić punkt wyjścia do tworzenia planu dalszego leczenia. Aby odnieść sukces, współczesne organizacje potrzebują pełnego zaangażowania wszystkich pracowników tworzących zespół.

Pielęgniarka w zespole pracowniczym ma ogromne znaczenie we współczesnym procesie zarządzania. Przyszłość pielęgniarstwa, zwiększenie jakości usług, podnoszenie kwalifikacji⁷⁴ i kompetencji wpływa na obraz zawodu pielęgniarki jako nowoczesnego i aktywnego pielęgniarstwa. Wszystkie wymienione czynniki wpływają na zadowolenie i satysfakcję pacjentów. Stąd też kreowanie nowego wizerunku zawodowego pielęgniarki ma ogromne znaczenie we współczesnym środowisku medycznym. Pielęgniarka jest osobą niezależną, wykwalifikowaną i w pełni kompetentną, a zarazem osobą nie wzbudzającą konfliktów w środowisku zarządczym oraz lekarskim. Praca zespołowa jest strategią organizacyjną, skuteczną i przynoszącą satysfakcję. Zasadą jest ustalenie wspólnych celów, jasne określenie ról, a także dysponowanie odpowiednimi zasobami umożliwiającymi zaspokojenie potrzeb, w tym wypadku potrzeb pacjenta.

Miernikiem oceny procesu działań organizacyjnych i personalnych, ukazujących efektywność zawodową pielęgniarki poprzez sprawność, skuteczność i profesjonalizm

⁷² W. Kapala, *Przyszłość pielęgniarstwa*.

⁷³ M.L. Martens, *A Comparison of Stress Factors in Home and Inpatient Hospice Nurses*, "Journal of Hospice and Palliative Nursing" 2009, no. 11, s. 144.

⁷⁴ Przez kwalifikacje rozumie się wiedzę i możliwości, w tym modele zachowań i umiejętności, które jednostki, członkowie organizacji zdobywają podczas socjalizacji i szkoleń. Jest to jeden z rodzajów aktywów, który ludzie posiadają i wnoszą do organizacji, Por. M. Dobska, K. Rogoziński, op.cit., s. 318.

w realizacji zadań zawodowych⁷⁵, jest poziom jakości świadczonych usług, stopień satysfakcji zawodowej oraz zadowolenie pacjentów z realizowanych usług⁷⁶, a także poziom urzeczywistnienia sprecyzowanych wcześniej celów zarówno personalnych, jak i organizacyjnych.

Efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim w zakładach opieki zdrowotnej jest przedmiotem szczególnego zainteresowania tych wszystkich, którzy chcą mieć realny wpływ na to, co tam się dzieje. Skoro efektywność zawodowa pielęgniarki przejawia się w jej działaniach zawodowych, to można stwierdzić, iż grupą zawodową najbardziej zainteresowaną podnoszeniem jakości świadczonych usług dla pacjentów jest, wraz z lekarzami, zespół pracowniczy pielęgniarek. Można też założyć, że pielęgniarka jest współpartnerem w różnych działaniach zawodowych, podejmuje działania na rzecz podniesienia jakości efektywności pielęgnowania i opieki nad zdrowiem. Poza tym kształtuje partnerskie relacje z innymi ludźmi, którym zapewnia swoją pomoc. Z tego powodu za cel główny pracy uznano między innymi skonstruowanie modelu ukazującego mierniki efektywności zawodowej kierownika zespołu pielęgniarskiego, a na jego podstawie zdefiniowanie pojęcia 'efektywny zespół pielęgniarski w zakładach opieki zdrowotnej'.

Nie bez znaczenia dla całej kadry pielęgniarskiej, a co za tym idzie i dla zakładów opieki zdrowotnej, jest efektywne i racjonalne kierowanie personelem w celu zwiększenia skuteczności działań. Nadrzędną rolę w tym zakresie powinni pełnić dyrektorzy ds. pielęgniarstwa, pielęgniarki naczelne i oddziałowe⁷⁷. Bardzo ważne jest prawidłowe funkcjonowanie zespołów w zakładach opieki zdrowotnej, które powinno wyrażać się przestrzeganiem jakości usług medycznych zgodnie z przyjętą procedurą, która zaspokaja zarówno potrzeby zdrowotne, jak i psychiczne pacjentów.

Zespoły wymagają takich osób, które mobilizują do działania. Do nich należy inicjatywa, pozyskiwanie informacji, diagnozowanie sytuacji i środków, wyrażanie opinii, ocenianie oraz podejmowanie decyzji. Mobilizowanie zespołu odbywa się poprzez zachęcanie do działania, szukanie kompromisów, utrzymanie zgody i pokoju, wyjaśnianie wątpliwości, podsumowanie dyskusji oraz ustalenie standardów działań i zachowań. Umiejętność współdziałania i współzycia w zespołach pracowniczych wyraża się przede wszystkim

⁷⁵ M.D. Głowacka, *Czynniki inspirujące zmiany w procesie doskonalenia kadr szpitala*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Termedia, Poznań, 2004, s. 226.

⁷⁶ M.D. Głowacka, I. Nowakowska, *Wsparcie społeczne jako jeden z elementów efektywności zawodowej w realizacji podstawowych celów opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie zdrowiem publicznym w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych*, red. M.D. Głowacka, Wyd. WSKiZ, Poznań 2006, s. 201.

⁷⁷ M.D. Głowacka, M. Sobkowski, R. Staniszewski, *Wybrane determinanty efektywności zarządzania personelem pielęgniarskim*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2004, nr 1-2, s. 155.

w etycznym, taktownym zachowaniu się ich członków, rzetelnej pracy, pomysłowości oraz permanentnym samokształceniu⁷⁸. Praca zespołowa nabiera znaczenia wówczas, gdy pracowników jednoczy wspólny cel. Dlatego organizacje zatrudniające wielu ludzi powinny położyć duży nacisk na dobrze zorganizowaną i efektywną pracę zespołową. Jednostka ludzka, będąc zbiorem cech sprawnościowych i osobowościowych, a jednocześnie częścią zespołu pracowniczego, jest w stanie przyczynić się do uzyskania pożądanej przewagi konkurencyjnej i obniżenia poziomu niepewności organizacji⁷⁹.

Zaprezentowany powyżej materiał wskazuje, że zespół pielęgniarstwa to grupa pielęgniarów, które:

- posiadają prawo wykonywania zawodu,
- mają doświadczenie, kwalifikacje, specjalizacje,
- posiadają predyspozycje osobowościowe – są otwarte w relacjach z innymi pielęgniarzami, chcą i potrafią pracować w zespole.

Natomiast zespół pielęgniarstwa to grupa złożona z pielęgniarów, która świadczy opiekę nad pacjentem pod kierunkiem pielęgniarki o najwyższych kwalifikacjach zawodowych. Zespołem pielęgniarstwowym jest np.:

- grupa pielęgniarów pracująca w danym szpitalu, pod kierunkiem pielęgniarki naczelnej,
- grupa pielęgniarów pracujących na danym oddziale, pod kierunkiem pielęgniarki oddziałowej,
- grupa pielęgniarów pracujących na danym dyżurze, pod kierunkiem pielęgniarki oddziałowej oraz starszej dyżuru (w zależności od charakteru zmiany: ranny, popołudniowy lub nocny, czy też dzienny lub nocny), które w szczególny sposób pomagają sobie nawzajem,
- grupa pielęgniarów środowiskowych.

Praca pielęgniarki w szpitalu oparta jest na pracy zespołowej, gdzie każde działanie jest celowe. Dzięki takiej współpracy pojawiają się nowe perspektywy działalności zakładów medycznych i można zauważyć zadowolenie zarówno personelu, jak i pacjentów. Dlatego też tak ważne stają się prawidłowe relacje międzyludzkie, które w konsekwencji wpływają również na poprawę opieki w szpitalu, jak również stanowią główny wyznacznik efektywności kierowania personelem pielęgniarstwowym. Rozpoznanie i nadzorowanie tych czynników przez kadrę zarządzającą staje się niezmiennie istotna w kierowaniu zespołem.

⁷⁸ P. Tyrała, *Zachowania organizacyjne w procesach zarządzania*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2003, s. 101.

⁷⁹ K. Dobrzański, *Ewolucja spojrzenia na zasoby ludzkie organizacji*, s. 25-28.

1.2. Pojęcie kierowania i jego efektywności

W literaturze przedmiotu można spotkać wiele definicji, objaśniających pojęcie zarządzania, czy też często zamiennie używanego słowa – kierowanie. Według R.W. Griffina zarządzanie jest działaniem kompleksowym, skierowanym na skuteczne i sprawne wykorzystanie zasobów dostępnych w danej organizacji, w sposób umożliwiający osiągnięcie sprecyzowanych celów organizacyjnych⁸⁰. A.K. Koźmiński i D. Jamielniak zarządzanie określają jako *postępowanie nakierunkowane na zapewnienie takich warunków, które pomogą w funkcjonowaniu organizacji a przy tym przy realizacji jej celów: przede wszystkim żeby mogła realizować swoją misję, osiągała zgodne z nią cele i zachowywała niezbędny poziom spójności, umożliwiające przetrwanie, czyli wyodrębnienie z otoczenia i rozwój czyli realizację misji i celów w przyszłość*⁸¹. A. Koźmiński zwraca również uwagę na konieczność umiejętnego wykorzystania dostępnych zasobów ludzkich i rzeczowych w procesie zarządzania twierdząc, że *zarządzanie jest budowaniem całości z elementów, które dostępne są dla osoby zarządzającej: środki finansowe i materialne, pomysły, ludzie i relacje między nimi*⁸². Zdaniem J. Penca zarządzanie to działalność kierownicza ustalająca cele, które mają być zrealizowane za pomocą zasobów, procesów i informacji zdobytych w warunkach zewnętrznych działania organizacji w sposób sprawny i skuteczny⁸³. Jeszcze inną definicję podaje M. Bielski: *zarządzanie jest podstawową siłą w organizacji koordynującą zasoby ludzkie i materialne. Menadżerowie odpowiadają za bieżące rezultaty funkcjonowania organizacji oraz jej potencjał zapewniający przyszły rozwój. Zarządzanie zawiera humanistyczny element przywództwa, jak i szereg technicznych umiejętności, takich jak podejmowanie decyzji czy planowanie*⁸⁴. Zarządzanie można również definiować w ujęciu funkcjonalnym i instytucjonalnym. W ujęciu instytucjonalnym, zarządzanie pojmuje się jako grupę osób, której powierzono w organizacji uprawnienia oraz wydają polecenia innym członkom organizacji. W takim znaczeniu pojęcie zarządzania odnosi się do wszystkich pracowników organizacji pełniących funkcję przełożonych⁸⁵. Podejście funkcjonalne polega na podejmowaniu działań służących kierowaniu procesem pracy. Działania te obejmują wszystkie czynności niezbędne do realizacji zadań, które z kolei prowadzą do osiągnięcia

⁸⁰ R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 38.

⁸¹ A.K. Koźmiński, D. Jamielniak, *Zarządzanie od podstaw*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 16.

⁸² A.K. Koźmiński, *Zarządzanie*, w: *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, red. W. Piotrowski, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 56.

⁸³ J. Penc, *Strategie zarządzania. Perspektywiczne myślenie, systemowe działanie*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2002, s. 18.

⁸⁴ M. Bielski, *Podstawy teorii organizacji i zarządzania*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2004, s. 157.

⁸⁵ Ibidem, s. 158.

zadań i celów strategicznych. Zróżnicowanie zakresu zadań organizacyjnych dla poszczególnych stanowisk kierowniczych w praktyce oznacza, że niektóre stanowiska realizują wyłącznie funkcje zarządcze, a inne rzeczowe (zaopatrzenie, produkcja, zbył)⁸⁶.

Podsumowując rozważania można za J.A.F. Stonerem i współpracownikami użyć zamiast pojęcia zarządzanie terminu kierowanie, które postrzegane jest, jako proces planowania, organizowania, przewodzenia (motywowania) i kontrolowania pracy wszystkich osób zatrudnionych w organizacji, a także wykorzystania zasobów będących w posiadaniu organizacji dla osiągnięcia jej celów⁸⁷.

Planowanie jest ściśle związane z wytyczaniem celów organizacji i określaniem sposobu ich realizacji⁸⁸. Sposób przekazania informacji pracownikom, realizującym zadania organizacji, wpływa na efektywność ustalonych celów⁸⁹. W przypadku pielęgniarek polega to na planowaniu pracy własnej, a także pracy z pacjentem, czy też pracy pracowników podległych zespołów.

Organizowanie z kolei, jest logicznym grupowaniem działań i zasobów⁹⁰. Do działań w zakresie organizowania zalicza się również ustalenie nośników i środków działania, budowanie struktury organizacyjnej oraz dobór warunków i uporządkowanie procesu w przestrzeni i czasie⁹¹. Należą do nich zarówno zasoby ludzkie jak i finansowe, materiałowe czy też technologie, ale również podział pracy oraz zadań. W przypadku pielęgniarek są to czynności, które mogą być realizowane, np. poprzez projektowanie działań i koordynowanie ich wykonania.

Istotnym elementem procesu zarządzania jest motywowanie. Polega ono na oddziaływaniu na członków organizacji powodując, że zachowują się w określony sposób⁹². Polega na takim wpływaniu na innych, by poruszali się w pożądanym kierunku⁹³. Aby proces motywowania pracowników był skuteczny nie powinno ograniczać się tylko do elementów finansowych, aczkolwiek one są istotne by zachęcić do pracy i utrzymać najlepszych pracowników, co również jest powiązane z efektywnością pracy. Bardzo ważne elementy, które wpływają na pracownika to satysfakcja z wykonywanej pracy, stosunki panujące w organizacji, zakres swobody, prawidłowy podział zadań. Umiejętność stworzenia dobrej atmosfery w pracy, opartej na zdrowym współzawodnictwie powoduje, że pracownik

⁸⁶ M. Mroziwski, *Style kierowania i zarządzania*, Wyd. Difin, Warszawa 2005, s. 17.

⁸⁷ J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert, *Kierowanie*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 1998, s.20-24.

⁸⁸ R.W. Griffin, op.cit., s. 41.

⁸⁹ P.F. Drucker, *Praktyka zarządzania*, s. 505.

⁹⁰ R.W. Griffin, op.cit., s. 43.

⁹¹ A. Peszko, *Elementy organizacji i zarządzania przedsiębiorstwem*, Wyd. AGH, Kraków 2002, s. 17.

⁹² J. Kisielnicki, *Zarządzanie organizacją*, Wyd. WSHiP, Warszawa 2004, s. 157.

⁹³ M. Armstrong, op.cit., s. 107.

podchodzi do pracy z zaangażowaniem, co ma odzwierciedlenie w efektywności pracy⁹⁴. W przypadku pielęgniarek są to czynności realizowane poprzez wspólne osiąganie celów, wspólne uczestniczenie w realizowaniu zaplanowanych działań.

Na etapie kontrolowania następuje porównanie tego, co zamierzano osiągnąć, z tym, co faktycznie osiągnięto. Następnie wdraża się czynności regulujące, które służą eliminowaniu, powstałych w czasie działań odchyłeń od planu, z możliwością modyfikacji ustalonych celów⁹⁵. W przypadku pielęgniarek są to czynności, które mogą być realizowane poprzez ciągły proces samokontroli, czy też w sposób formalny, porównując wykonywane zadania z wzorcem.

Pojęcie zarządzania ma charakter uniwersalny. Dotyczy także procesu kierowania zespołem pielęgniarskim. Kierowanie jest działaniem skierowanym na innych z zamiarem wywołania określonych zachowań i czynności związanych z realizacją celów organizacji. Istotą kierowania jest sprawowanie władzy i wywieranie wpływu. Wpływ to możliwość modyfikacji postępowania lub postawy podwładnego jako reakcji na oddziaływanie władcze przełożonego, przy czym władzę pojmuje się jako zdolność do kształtowania cudzych zachowań według własnej woli. Władzą dysponuje kierownik, to on bowiem ukierunkowuje pracę podległych zespołów ludzi⁹⁶.

Demokratyzacja, która niesie za sobą zespołowość zarządzania na wszystkich jego poziomach i we wszystkich dziedzinach spowodowała, że każdy pracownik sektora usług medycznych, w tym również pielęgniarka, zarządza z perspektywy zajmowanego stanowiska. Proces kierowania jest jednak zróżnicowany w zależności od szczebla działalności kierowniczej. Największy jest na szczeblu pielęgniarki naczelnej, najmniejszy natomiast na szczeblu pielęgniarki oddziałowej. Realizując funkcję kierowniczą pielęgniarka naczelna powinna zwracać uwagę na dobór pracowników, który wpływa na efektywność pracy. Już w momencie zatrudniania nowej pielęgniarki można określić, czy dana osoba jest w stanie w pełni przystosować się zawodowo do warunków panujących na określonym oddziale⁹⁷. Na szczeblu podstawowym pielęgniarka oddziałowa planuje pracę własną i podległego personelu. Niezmiernie istotne jest również organizowanie pracy zespołowi i odpowiednia forma przekazu informacji. Oddziałowa powinna stosować różnorodne metody motywacji

⁹⁴ S. Jagieła, *Motywowanie pracowników*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2005, nr 1-2, s. 60.

⁹⁵ A. Peszko, op.cit., s. 17.

⁹⁶ P. Banaszyk, *Podstawy organizacji i zarządzania*, Wyższa Szkoła Handlu i Rachunkowości, Poznań 2002, s. 138.

⁹⁷ Autorka pracy na bazie doświadczeń własnych i obserwacji uważa, że nie każda pielęgniarka jest w stanie w pełni realizować się zawodowo na wszystkich oddziałach szpitalnych. Są pielęgniarki, które bardzo dobrze realizują się jako pielęgniarki na oddziałach zabiegowych, inne na oddziałach zachowawczych, a jeszcze inne w środowisku. Podczas rekrutacji ogromną rolę spełnia pielęgniarka naczelna, która powinna mieć umiejętność odpowiedniego przydzielenia stanowiska pracy nowemu pracownikowi.

pielęgniarek zarówno finansowe (premia, nagroda), jak i pozafinansowe (pochwała, umożliwienie podnoszenia kwalifikacji zawodowych). Sprawuje ona również kontrolę nad wykonywaniem zadań i obowiązków przez pielęgniarki.

Warto również zaznaczyć, że kierowanie to proces wymagający stosowania nie tylko bodźców materialnych i niematerialnych, ale także wielu innych rozwiązań oraz sposobów oddziaływania i postępowania. Mają one zmierzać do tego, aby pracownik wykonał swe obowiązki z zespołem w sposób twórczy, odnosił z pracy jak największe zadowolenie oraz aby jej warunki sprzyjały rozwijaniu pozytywnych cech osobowości. Kierowanie ludźmi to działania polegające na motywowaniu i sprzyjaniu rozwojowi ludzi potrzebnych organizacji czy instytucji, aby realizować jej cele. Najogólniej określa się ją jako *sztukę osiągnięcia czegoś za pośrednictwem innych ludzi*⁹⁸. W przeciwieństwie do zasobów materialnych, finansowych lub informacyjnych, ludzie nie są prostymi parametrami działania, ale są samodzielnymi, niezależnymi i autonomicznymi istotami, które uczestniczą aktywnie (lub pasywnie) w procesie zarządzania. Tak więc, aby efektywnie kierować ludźmi należy zrozumieć i szanować ich potrzeby, sposoby postępowania oraz sposób postrzegania rzeczywistości⁹⁹.

Kierowanie ludźmi powinno być zadaniem polegającym na stwarzaniu pracownikom optymalnych warunków sprzyjających rozwojowi zdolności do efektywnego odgrywania ról organizacyjnych. Wysoka sprawność, efektywność i wydajność pracy zależy od wielu czynników i uwarunkowań, lecz w decydującym stopniu zależy od samego pracownika, jego osobowości, kultury, od merytorycznych kwalifikacji i od stopnia zorganizowania pracy własnej i zespołu. Efektywność kierowania zespołami w organizacji w znacznej mierze zależy od umiejętności, wiedzy i kreatywności osób zarządzających, jak i ograniczeń czasowych, dlatego też bardzo ważne staje się nabycie praktycznych umiejętności kierowania efektywnością poprzez wypracowanie powiązań procesów planowania w organizacji, przekładania celów na poziom indywidualnych zadań, monitoringu oraz oceny wykonania zadań. Kierownik powinien posiadać i wykorzystywać w praktyce umiejętności w obszarze planowania, delegowania i ewaluacji zadań.

Pojęcie efektywności należy do grupy zagadnień z obszaru nauk ekonomicznych, wykorzystywanych do opisu procesów gospodarczych. Nie ulega wątpliwości, że w zakładach opieki zdrowotnej zachodzą procesy gospodarcze, które również muszą być oceniane w kategoriach efektywności.

⁹⁸ G. Rogala-Pawelczyk, *Funkcje kierownicze*, w: *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, red. A. Ksykiewicz-Dorota, Wyd. Czelej, Lublin 2005, s. 62.

⁹⁹ P. Louart, *Kierowanie personelem w przedsiębiorstwie*, Wyd. Poltext, Warszawa 1995, s. 183.

Niezauważalne efekty zarządzania nie powinny być tłumaczone specyfiką sektora. Wy tłumaczenie takie jest stosowane przez osoby, które niechętnie podejmują się trudu wprowadzania zmian¹⁰⁰. Nakładają one na kadrę zarządzającą, jak i samych pracowników służby zdrowia, szereg nowych wymagań w zakresie dotychczas pełnionych ról zawodowych. Dotyczy to także pielęgniarek, które w roli zawodowej mają wpisana funkcję zarządzania. Chcąc zatem profesjonalnie wypełniać role zawodowe, muszą one wykazać się umiejętnościami dostosowania się do nieustannie zachodzących zmian w swoim otoczeniu jak również racjonalnego wykorzystania zasobów czy umiejętności zarządzania¹⁰¹. Jest to niezależne od pozycji zajmowanej w hierarchii organizacji – zarówno na szeregowych stanowiskach pracy, jak i na stanowiskach kierowniczych. Obecność pielęgniarek w procesie zarządzania zakładami opieki zdrowotnej na różnych jego poziomach (stanowisko pielęgniarki odcinkowej, koordynującej, oddziałowej, naczelnej, dyrektor do spraw pielęgniarstwa) jest bezsporna. Liczebność tej grupy zawodowej oraz wielość stanowisk (w tym kierowniczych) w strukturach organizacyjnych jednostek ochrony zdrowia pozwala uznać ich niezaprzeczalny wkład w proces zarządzania sektorem usług zdrowotnych¹⁰².

Zakłady opieki zdrowotnej funkcjonują w warunkach gospodarki rynkowej. Podejmują więc decyzje oraz realizują określone działania wykorzystując pewne reguły i zasady, które w konsekwencji prowadzą do najlepszych rozwiązań. Podobnie jak w przypadku innych przedsiębiorstw, ich działalność opiera się na zasadzie racjonalnego gospodarowania, do której można zaliczyć:¹⁰³

- wydajność, która zakłada osiąganie maksymalnych efektów przy stałych, określonych nakładach,
- oszczędność, która zakłada uzyskanie określonych efektów przy jednoczesnym zminimalizowaniu poziomu ponoszonych nakładów.

Wymienione wyżej relacje – efektów i nakładów – określa się mianem **efektywności**. Jest to pojęcie wieloznaczne, odnoszące się do wielu dziedzin życia. Wywodzi się z łacińskiego słowa *effectivus*, oznaczającego bycie skutecznym, oraz od

¹⁰⁰ M. Kautsch, *Specyfika zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautsch, Wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 78.

¹⁰¹ J. Jończyk, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Wyd. Difin, Warszawa 2008, s. 10.

¹⁰² D. Kunecka, *Rola pielęgniarek w zarządzaniu usługami zdrowotnymi*, w: *Współczesne wyzwania strukturalne i menadżerskie w ochronie zdrowia. Problematyka zasobów i przekształceń*, red. R. Walkowiak, R. Lewandowski, Wyd. Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. T. Kotarbińskiego, Olsztyn 2010, s. 243- 250.

¹⁰³ J. Lichtarski, *Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1997, s. 17.

terminu *effectus*, określającego osiągnięcie, wynik. Dla W. Kopalińskiego działaniem efektywnym jest sprawny, skuteczny, istotny, a także rzeczywisty przejaw aktywności ludzkiej¹⁰⁴. Jednak zanim uplasuje się efektywność w kontekście ekonomicznym czy społecznym, warto także przyjrzeć się słowu ‘efekt’, od którego wywodzi się efektywność. W *Słowniku wyrazów obcych* efekt to skutek jakiejś przyczyny, rezultat, wynik¹⁰⁵. Podobnie pojęcie to definiuje M. Armstrong, określając efekt jako wynik pracy. Twierdzi on też, że efekty związane są ze strategicznymi celami organizacji, zadowoleniem klientów oraz wynikami finansowymi. Podkreśla, że efekty pracy są produktem włożonych w wykonanie zadania wysiłków umysłowych.¹⁰⁶ Problematyką efektywności zajmowali się także K. Krzakiewicz, M. Kostera, G.A. Rummler i A.P. Brache. Autorzy ci określili efektywność jako dodatnią cechę działań, dających jakiś oceniany pozytywnie wynik bez względu na to, czy był on zamierzony, czy też nie zamierzony¹⁰⁷.

Mając na uwadze powyższe rozważania konieczna wydaje się próba odpowiedzi na następujące pytanie: Czym jest efektywność organizacji i w jakich obszarach może być ona kształtowana?

Próba odpowiedzi na powyższe pytanie wymaga szerokiej analizy związanej z funkcjonowaniem organizacji. Jej efektywność jest warunkowana efektywnością pracy, będącą funkcją motywacji, warunków i okoliczności oraz kompetencji i kwalifikacji¹⁰⁸. Na efektywność pojmowaną jako wydajność pracy mają wpływ wszelkie zmiany jakościowe, dotyczące zarówno zasobów ludzkich (kwalifikacje i doświadczenie pracowników), jak i środków materialnych¹⁰⁹. Na bazie powyższych rozważań można więc wskazać dwa uzupełniające się komponenty efektywności:¹¹⁰

- skuteczność, określającą stopień osiągania założonych celów,
- ekonomiczną korzystność, obrazującą relację/różnicę pomiędzy uzyskanymi efektami a poniesionymi nakładami.

Przedstawiona powyżej interpretacja pojęcia ‘efektywność’ podkreśla znaczenie celów, efektów i nakładów w procesie decyzyjnym każdej organizacji. Warto również

¹⁰⁴ W. Kopaliński, op.cit., s. 111.

¹⁰⁵ *Słownik wyrazów obcych*, red. J. Tokarski, PWN, Warszawa 1971, s. 172.

¹⁰⁶ M. Armstrong, op.cit., s. 386.

¹⁰⁷ K. Krzakiewicz, *Teoretyczne podstawy organizacji i zarządzania*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2008, s. 69 oraz M. Kostera, op.cit., s. 64, a także G.A. Rummler, A.P. Brache, *Podnoszenie efektywności organizacji*, PWE, Warszawa 2000, s. 97.

¹⁰⁸ $E = f(M*W*K)$, gdzie E – efektywność działań, M – motywacja, W – warunki i okoliczności, K – kompetencje i kwalifikacje. Patrz M. Adamiec, B. Kożusznik, *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Aktor, kreator, inspirator*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2000, s. 107.

¹⁰⁹ S. Borkowska, *System motywowania w przedsiębiorstwie*, PWN, Warszawa 1988.

¹¹⁰ M. Bielski, *Organizacje. Istota, struktury, procesy*, Uniwersytet Łódzki, Łódź 1997, s. 103.

podkreślić, że w literaturze przedmiotu znaleźć można wiele wyjaśnień terminu efektywność w ujęciu systemowym. Ujęcie to opiera się na rzadkości zasobów występujących w otoczeniu i podkreśla umiejętności (zdolności) do pozyskiwania tych zasobów oraz właściwego ich wykorzystania. Zarówno ujęcie pierwsze, jak i drugie potwierdzają tezę o konieczności stosowania różnych kryteriów oceny efektywności, co w konsekwencji powoduje możliwość dzielenia jej na różne grupy, w zależności od przyjętych założeń.

Efektywność można podzielić na trzy podstawowe grupy:¹¹¹

- 1) efektywność techniczna – odzwierciedla zasoby produkcyjne majątku trwałego, poziom technicznego uzbrojenia pracy, mechanizację i automatyzację,
- 2) efektywność organizacyjna – obejmuje organizację usług, kwalifikację i współzawodnictwo,
- 3) efektywność społeczno-ekonomiczna – zawiera takie elementy jak stosunki międzyludzkie w zakładzie oraz warunki humanizacji pracy.

W podobny sposób zostały przedstawione znaczenia tego terminu przez S.J. Sokołowskiego. Wyróżnił on:¹¹²

- efektywność przedmiotową – ujawnia się w wynikach poznawczych badań naukowych (dane badanie jest efektywne, gdy wyniki przyczynią się do ogólnego rozwoju nauki),
- efektywność społeczną – dzięki результатам badań zauważyć można dodatnie przeobrażenia postaw społecznych, wpływ na humanizację stosunków międzyludzkich,
- efektywność ekonomiczno-techniczną – jest tym większa, im większy pożytek dla technologii i ekonomiki.

Należy również odnieść się do efektywności ekonomicznej, na którą niewątpliwie powinny zwracać również uwagę zakłady opieki zdrowotnej, mimo że są organizacjami non profit. Efektywność ekonomiczna oznacza zdolność jednostki gospodarczej do wytwarzania w danym czasie i przy pomocy danych sił wytwórczych określonej ilości dóbr i usług, które zaspokoja potrzeby odbiorców. Charakteryzuje się ona dwiema zasadniczymi i nierozłącznymi cechami, takimi jak szybkość i celowość działania¹¹³. Ostatecznymi

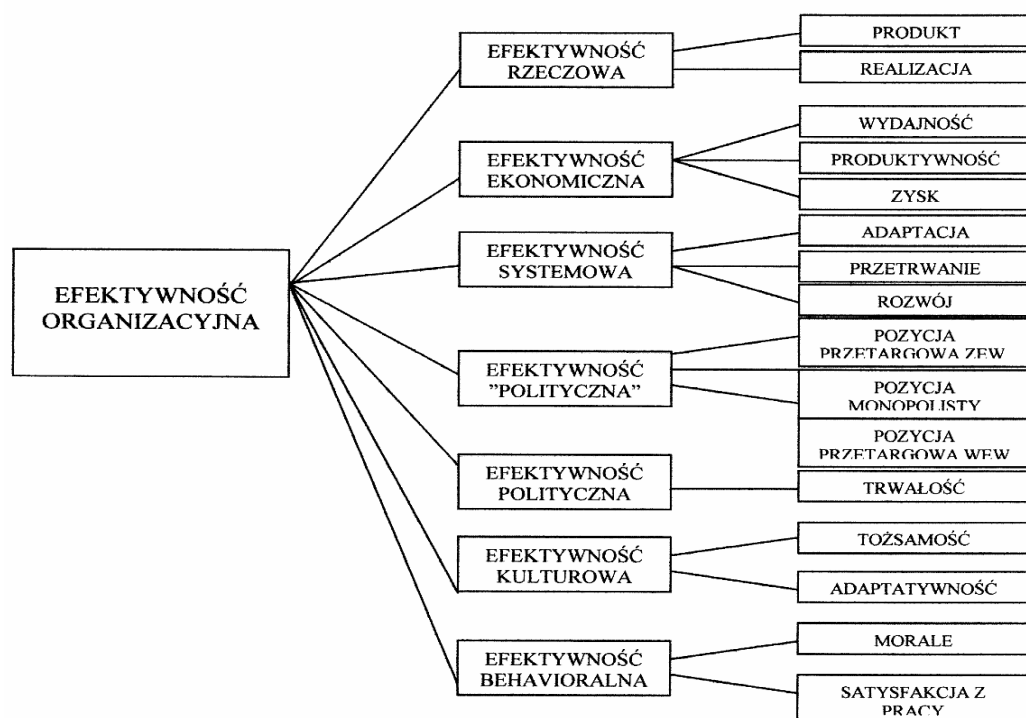
¹¹¹ W. Jacher, *Socjologiczne determinanty efektywności pracy*, w: *Socjologiczne mierniki efektywności pracy*, red. W. Jacher, Uniwersytet Śląski, Katowice 1985, s. 33.

¹¹² S.J. Sokołowski, *Analiza ogólnego pojęcia nauki i efektywności badań naukowych*, w: *Problemy efektywności badań naukowych. Materiały sympozjum naukoznawczego*, WAP, Warszawa 1971, s. 23 za: T. Pszczołowski, *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1978, s. 60.

¹¹³ P. Sulmicki, *Ekonomiczna efektywność*, w: *Mała encyklopedia ekonomiczna*, PWE, Warszawa 1974, s. 185 za: T. Pszczołowski, op.cit., s. 60.

kryteriami oceny jakości technologicznej, jak również dla oceny organizacji i realizacji procesów i wyników prac nad postępem technologicznym, są kryteria ekonomiczne. Jak zauważa A. Kiliński mogą to być kryteria pieniężne nieuchwytnie. Zwraca on uwagę na to, że zagadnienia organizacji łączą się z niektórymi zagadnieniami socjologicznymi i dlatego w rozwiązywaniu zagadnień efektywności odgrywają rolę elementy ekonomiki, organizacji pracy, a także metod zarządzania i socjologii¹¹⁴.

Jak wynika z poniższego rysunku, efektywność w organizacji przejawia się w różnych aspektach jej działalności, co może być przedmiotem badań wielu płaszczyzn funkcjonowania organizacji.



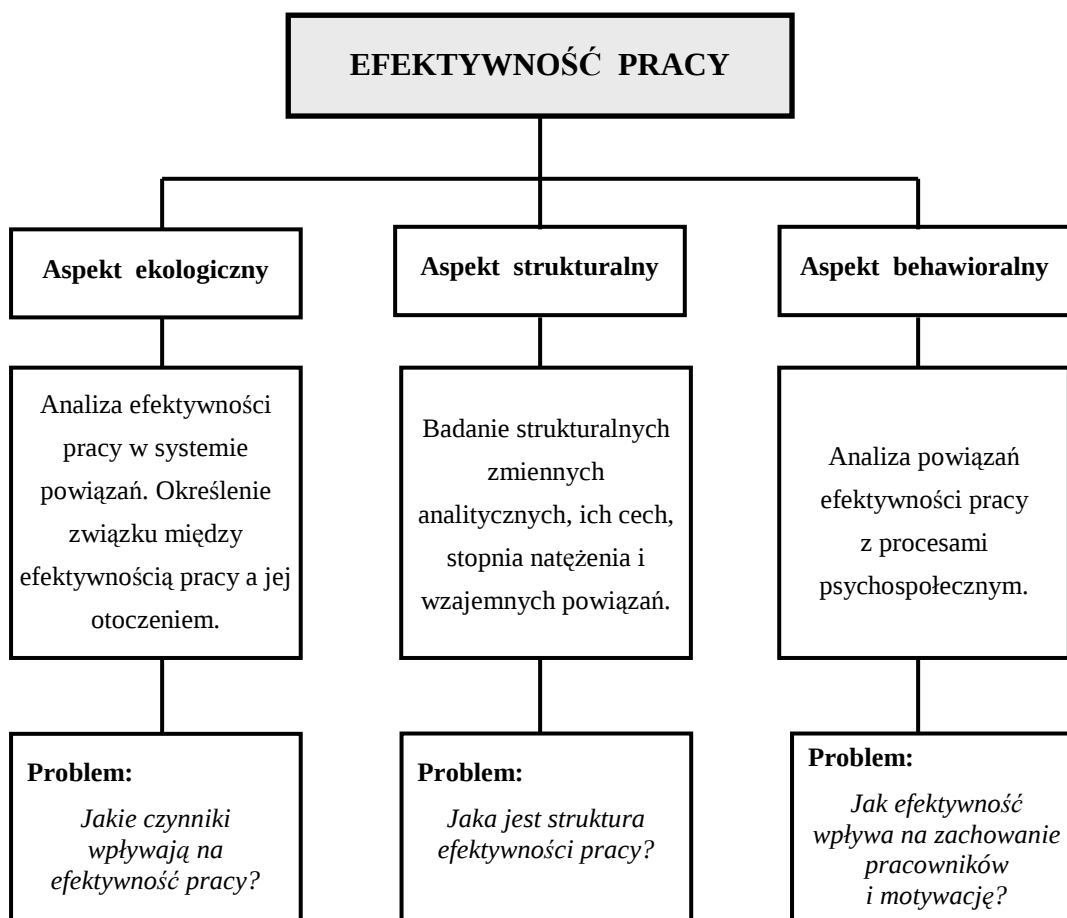
RYSUNEK 1. EFEKTYWNOŚĆ ORGANIZACJI

Źródło: www.wikipedia.org.pl (data dostępu 15.08 2008)

Podkreślić należy, iż człowiek jest nie tylko jednym z wielu czynników efektywnej pracy, ale jest przede wszystkim czynnikiem najważniejszym. W obecnych warunkach funkcjonowania organizacji niewystarczające staje się wyłącznie zbadanie i ocenienie efektów pracy, które uzyskują pracownicy w danym czasie. Trzeba również badać uwarunkowania wpływające na te wyniki oraz przeprowadzić analizę przyczynowo-skutkową tych czynników.

¹¹⁴ Ibidem, s. 60.

Analizę efektywności pracy należy rozpatrywać w trzech aspektach, co zostało przedstawione na rysunku 2.



RYСУNEK 2. TRÓJCZŁONOWE UJĘCIE EFEKTYWNOŚCI PRACY

Źródło: A. Sajkiewicz, *Ekonomika pracy*, PWN, Warszawa 1981, s. 269

Ostatecznym celem oceny efektywności pracy jest poprawienie jej aspektu społeczno-ekonomicznego na różnych szczeblach struktury organizacyjnej zakładu. Społeczno-ekonomiczny charakter efektywności pracy przejawia się w odniesieniu do każdego ich rodzaju, chociaż wyraźne rozróżnienie nie zawsze jest możliwe. Efektem dla pracownika jest z jednej strony osiągnięcie określonych zarobków, satysfakcja z pracy, świadczenia socjalno-bytowe, a z drugiej rozwój umiejętności, osobowości czy też zdolności współdziałania. Tak więc oceną efektywności pracy zainteresowana jest nie tylko organizacja (jej kierownictwo),

lecz również poszczególni pracownicy. Wynika to z korzyści jakie jedna i druga strona może uzyskać (czy uzyskuje) z tytułu wzrostu społeczno-ekonomicznej efektywności pracy¹¹⁵.

TABELA 3. KORZYŚCI UZYSKIWANE PRZEZ ORGANIZACJĘ I PRACOWNIKÓW W ZWIĄZKU ZE WZROSTEM EFEKTYWNOŚCI PRACY

Organizacja	Pracownicy
– zwiększenie konkurencyjności – poprawa jakości opieki – obniżka kosztów opieki – lepsze wykorzystanie efektywnego czasu pracy – obniżenie absencji i fluktuacji	– wzrost płac – realizacja aspiracji i oczekiwań – udział w zarządzaniu – wzrost poczucia satysfakcji i zadowolenia z pracy – właściwe stosunki międzyludzkie – dobry klimat pracy

Źródło: opracowanie własne na podstawie A. Smolbik-Jęczmień, *Badania i ocena efektywności pracy*, w: *Zarządzanie pracą*, red. Z. Jasiński, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1999, s. 247.

Od pozycji człowieka w procesie pracy, od tego jakie zaprezentuje on zachowania, uzależniona jest skuteczność i sprawność jego działań. W literaturze przedmiotu można spotkać wiele koncepcji dotyczącej skuteczności i sprawności w organizacji. Najczęściej przyjmuje się, że skuteczność oznacza przekraczanie określonych wymogów doraźnych¹¹⁶. J.A.F. Stoner i Ch. Wankel uznali, że pojęcie skuteczności odnosi się do umiejętności wyznaczania celów i robienia właściwych rzeczy¹¹⁷. Natomiast J. Zieleniewski wskazuje, iż działanie jest skuteczne, jeśli poszczególne środki i cele działania nie wyłączają się. Jednocześnie podkreśla, że skutki działań podlegają ocenie pozytywnej oraz negatywnej i robi się to w trzech aspektach: a) ze względu na ocenę przez działającego; b) ze względu na przewidywania działającego oraz c) ze względu na znaczenie dla działającego. Autor ten twierdzi również, że aby osiągnąć skutki oceniane pozytywnie trzeba ponieść zawsze jakieś ofiary, czyli liczyć się też ze skutkami ocenianymi negatywnie¹¹⁸. Z kolei prakseologiczne ujęcie skuteczności przedstawia T. Kotarbiński. Twierdzi on, że skutecznym jest takie działanie, które prowadzi do skutku zamierzonego jako cel lub które przygotowuje ciąg działania dla osiągnięcia danego celu w przyszłości¹¹⁹. Ukazuje ponadto związek pomiędzy sprawnością i skutecznością, przy czym za sprawność (utożsamianą z praktycznością) uważa

¹¹⁵ A. Smolbik-Jęczmień, *Badania i ocena efektywności pracy*, w: *Zarządzanie pracą*, red. Z. Jasiński, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1999, s. 247.

¹¹⁶ K. Obuchowski, *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*, Zysk i S-ka, Poznań 2000, s. 21.

¹¹⁷ J.A. Stoner, E.R. Freeman, D.R. Gilbert, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 2001, s. 24.

¹¹⁸ J. Zieleniewski, *Organizacja zespołów ludzkich. Wstęp do teorii organizacji i kierowania*, wyd. 7, PWN, Warszawa, 1982, s. 194-195.

¹¹⁹ T. Kotarbiński, *Traktat o dobrej robocie*, wyd. 4, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1969, s. 113-114.

działania łączące oszczędność i wydajność, czyli skuteczność i ekonomiczność¹²⁰. P. Drucker definiuje natomiast sprawność jako *robienie rzeczy we właściwy sposób*¹²¹. Skuteczność to cecha jakiegoś podmiotu, oznaczająca zdolność do osiągnięcia założonego celu. Nie liczą się koszty ani uboczne skutki działania. Skuteczność można stopniować, jeżeli samo osiągnięcie celu jest stopniowalne. Natomiast sprawność w zarządzaniu to przede wszystkim zdolność do działania. Zarówno sprawność, jak i skuteczność mają jedną cechę wspólną, a mianowicie dotyczą zdolności do działania lub osiągnięcia celów danego podmiotu.

Problem zarządzania organizacją powinien, jak zauważa M.D. Głowacka, koncentrować się na monitorowaniu uzyskiwanych wyników i analizie czynników determinujących ich jakość. Autorka opisuje również problemy, które determinują sprawność i korzystność działań organizacji, zwracając uwagę na problem tworzenia zespołów i optymalnych warunków dla ich pracy oraz jakości realizacji skutecznego zarządzania organizacją oraz sprawne kierowanie zespołami¹²².

W strukturze każdego przedsiębiorstwa występują dwie podstawowe grupy elementów – ludzie (pracownicy organizacji) i baza materialna, którą posługują się pracownicy podczas realizacji zadań. Czynnik ludzki stanowi podstawowy element organizacji, bez którego nie może ona prawidłowo funkcjonować. Zatrudnieni w organizacji ludzie tworzą zespoły pracownicze. Zarówno kwalifikacje pracowników, jak i ich liczba może być różna, ponieważ dane te zmieniają się w miarę upływu czasu. Zmieniać mogą się również kwalifikacje pracowników oraz rola, jaką poszczególni pracownicy odgrywają w danym przedsiębiorstwie. Oprócz pracowników pełniących funkcje wykonawcze, istotną rolę odgrywają kierownicy wszystkich szczebli zarządzania. Do podstawowych zadań tej grupy należy między innymi ustalenie strategii rozwoju firmy czy efektywne kierowanie podwładnymi. Wszelkie podejmowane działania ze strony osób kierujących w organizacji, opartych na realizowaniu wszystkich funkcji zarządzania, przyczynią się do osiągnięcia jej celów.

Efektywność każdego zespołu była zwykle wiązana z kategoriami ekonomicznymi, do których zaliczyć można: wielkość obrotu, zysku, ilość wytworzonych produktów czy usług. Była więc głównie utożsamiana z wydajnością i produktywnością. B. Kozusznik podkreśla znaczenie miernika oceny efektywności: (...) *najczęściej stosowaną miarą jest miara ilościowa, przeważnie określana za pomocą mierników efektów pracy (iloczyn ilości i jakości pracy), a także mierników nakładów pracy (koszty pracy, czasu, pracochłonności, liczby*

¹²⁰ T. Kotarbiński, *Abecadło praktyczności*, Wiedza Powszechna, Warszawa, 1972, s. 38-39.

¹²¹ P.F. Drucker, *Menedżer skuteczny*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 1994, s. 122.

¹²² M.D. Głowacka, *Mobilność organizacji wobec zmian*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, red. M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs, Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 95.

zatrudnionych)¹²³. W obrębie tzw. tradycyjnych koncepcji efektywności zespołu zaczęto interesować się procesami działania zespołowego i określonymi warunkami, jakie należy spełnić:¹²⁴

- dostosować wielkość zespołu do wykonywanych zadań,
- odpowiednio rozmieścić stanowiska i umożliwić pracownikom łatwy kontakt słuchowo-wzrokowy,
- starać się o jednorodny skład zespołu w celu łatwiejszego podporządkowania się normom,
- jasno sformułować cele,
- ściśle łączyć liczbę popełnianych błędów i braków, tempo pracy i absencję z wynagrodzeniem.

Rozpatrując zagadnienie efektywnego kierowania ludźmi w organizacji należy zwrócić uwagę na występujące w literaturze polskiej i zagranicznej główne modele efektywnego kierowania. Założenia tych modeli zaprezentowano w poniższej tabeli.

TABELA 4. BADANIA PSYCHOLOGICZNE W ZAKRESIE EFEKTYWNEGO KIEROWANIA

Badający	Model	Główne założenia
Ch. Argyris (1978)	Model I	– w pracy musi się osiągać własne cele – trzeba zwyciężać, a nie odnosić porażki – należy minimalizować negatywne przeżycia w relacjach z ludźmi – trzeba być racjonalnym i ograniczać emocjonalność w działaniu
Ch. Argyris (1978)	Model II	– działanie musi być oparte na rzetelnej informacji – działanie musi być oparte na wolnym i odnoszącym się do informacji wyborze – działanie musi być oparte na wewnętrznym podporządkowaniu się danemu wyborowi i ciągłym monitorowaniu dostosowywaniu wysiłków, aby określony cel został osiągnięty
V. Vroom P.W. Yetton (1973)	Model kompetencji kierowniczych	Zaproponowany model wskazuje praktykom konkretne umiejętności, np. prowadzenie dyskusji grupowej.

¹²³ B. Kozusznik, *Zachowania człowieka w organizacji*, s. 102.

¹²⁴ Z. Jasiński, *Motywacyjne formy organizacji pracy*, „Przegląd Organizacji” 1993, t. 8 za: B. Kozusznik, *Zachowania człowieka w organizacji*, s. 102.

J. Mączyński (1978)	Model asertywno-responsywnego kierowania	Kategorie zachowań kierowniczych: – asertywne – osiąganie celów bez obniżania wartości i znaczenia celów podwładnego, – responsywne – ujawnienie szacunku i zrozumienia dla podwładnych oraz modyfikacja własnego zachowania, – agresywne – osiąganie własnych celów poprzez zmniejszanie wartości i znaczenia celów podwładnego, – nieasertywne – całkowite ukierunkowanie kierownika na osiąganie celów podwładnego w sposób zmniejszający wartości i znaczenie celów kierownika.
M. Adamiec, B. Kozusznik (1996)	Model efektywnego kierowania	Cechy warunkujące skuteczne działanie kierownicze: – asertywność, – motywacja, – twórczość, – krytycyzm, – ekstrawersja, – brak zniekształceń patologicznych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Kozusznik, *Zachowania człowieka w organizacji*, PWE Warszawa 2007, s. 90-93.

Przedstawione powyżej modele świadczą o różnorodności w sposobie ujmowania pojęcia efektywności kierowania w literaturze przedmiotu. Analizując je nasuwa się następujące pytanie: czy problem efektywności kierowania można rozpatrywać na gruncie wiedzy psychologicznej? Dotychczasowe rozważania zawarte w niniejszej pracy skłaniają do wniosku, że możliwe jest przeprowadzenie analizy efektywności kierowania zespołem pielęgniarskim uwzględniającej czynniki organizacyjne i społeczne, a więc zaliczane do grupy czynników psychologicznych. Uznano bowiem, że efektywność pracy zespołu podlega społecznej ocenie i wywiera wpływ na takie zjawiska, jak: prestiż zawodowy, pozycja społeczna, styl życia czy kultura pracy. Mówiąc o organizacyjnych i społecznych czynnikach efektywnego działania pracownika eksponuje się takie zagadnienia, jak: zadowolenie z pracy, troska o jakość stosunków międzyludzkich, właściwe style kierowania ludźmi, itd.

Problem efektywności kierowania niewątpliwie wskazuje na jego wielowymiarowość i wieloaspektowość. Z tej przyczyny, w dalszej części pracy, dokonano charakterystyki czynników psychologicznych determinujących efektywność kierowania oraz zaprezentowano ich podział. Podkreślić należy, że efektywność organizacji oraz obszary jej kształtowania nie można zaprezentować ogólnie, lecz na konkretnym układzie, uwzględniającym specyfikę funkcjonowania danego podmiotu, a więc specyfikę zakładu opieki zdrowotnej.

1.3. Pojęcie czynników determinujących efektywność kierowania i ich podział

Zdaniem P. Druckera efektywność to kluczowy element rozwoju człowieka i organizacji¹²⁵. Zatem, aby osiągnąć efektywność muszą być zaangażowane wszystkie czynniki, które mogą mieć wpływ na sukces organizacji. Należy zadbać o jakość wewnętrznych działań zachodzących w organizacji oraz być w pełnej gotowości do współpracy nie zapominając o elastyczności wobec zmian¹²⁶. Jednakże ta efektywność może być determinowana wieloma czynnikami, które w różnorodny sposób wpływają na jakość sprawowanej opieki. Oprócz wykonywania działań opiekuńczych pielęgniarki coraz częściej rozwijają aktywności związane z zarządzaniem, decydowaniem, planowaniem. Powinny również podejmować działania o charakterze psychologicznym i edukacyjnym, co w zdecydowanej mierze ma wpływ na jakość sprawowanej opieki¹²⁷.

Jakość i efektywność to problemy, które w warunkach ogromnej zmienności otoczenia (a są nimi rosnące oczekiwania i wymagania pacjentów w stosunku do realizowanych usług) nabierają coraz większego znaczenia dla funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej¹²⁸.

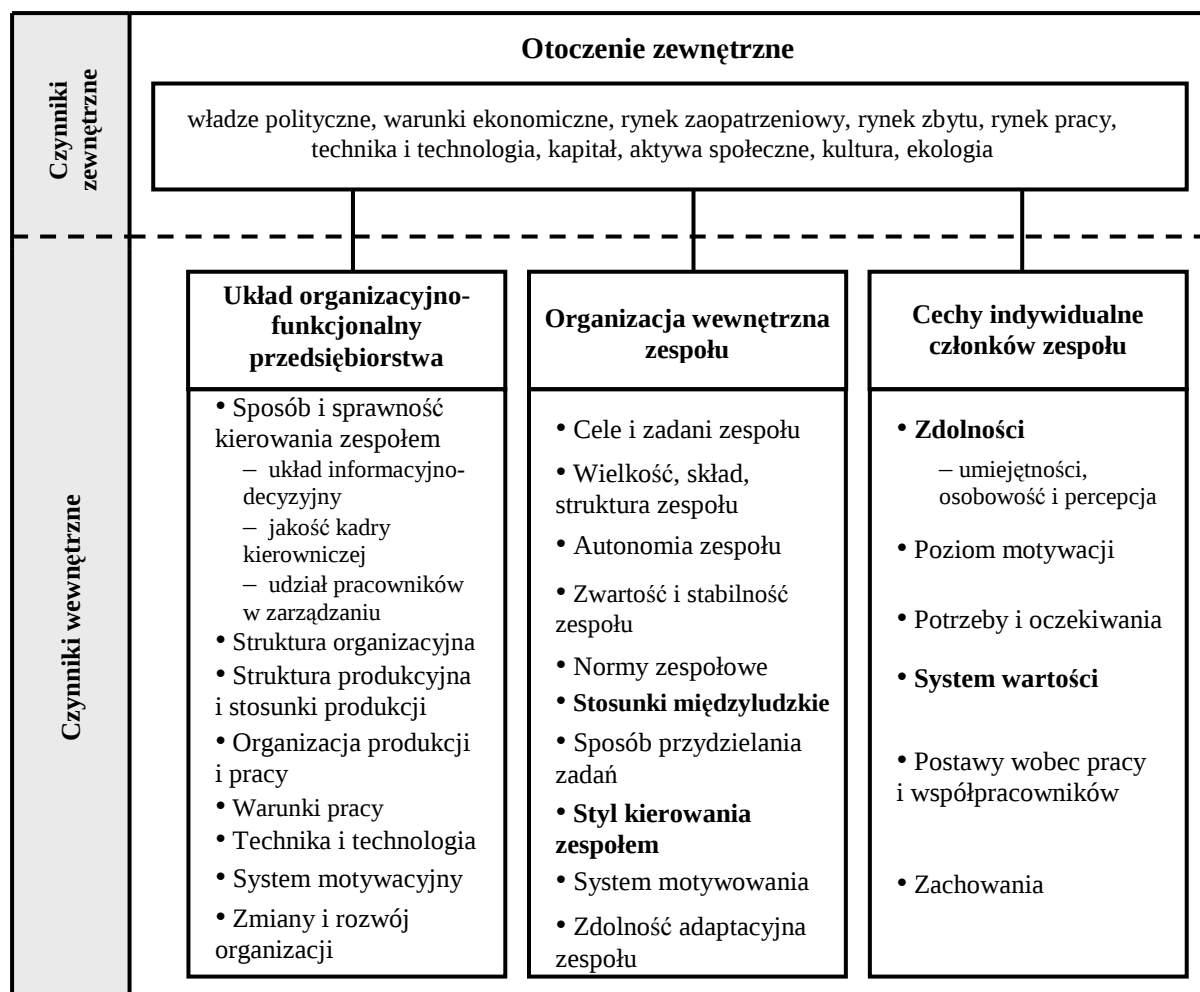
Duże znaczenie dla funkcjonowania organizacji, w tym zakładów opieki zdrowotnej, ma otoczenie zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne. Otoczeniem zewnętrznym nazywamy to wszystko, co spoza organizacji działa na nią. Natomiast otoczeniem wewnętrznym są warunki i siły wewnątrz organizacji.

¹²⁵ P. Drucker, *Menedżer skuteczny*, s. 182.

¹²⁶ E. Skrzypek, *Jakość i efektywność*, Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002, s. 19.

¹²⁷ Zgodnie z normą ISO 9001:2000 *personel wykonujący pracę wpływającą na jakość wyrobu powinien być kompetentny na podstawie odpowiedniego wykształcenia, szkolenia, umiejętności i doświadczenia*. M. Sobkowski, op.cit., s. 101.

¹²⁸ E. Skrzypek, s. 190.



RYСУNEK 3. CZYNNIKI DETERMINUJĄCE EFEKTYWNOŚĆ PRACY

Źródło: A. Smolbik-Jęczmień, *Badania i ocena efektywności pracy*, w: *Zarządzanie pracą*, red. Z. Jasiński, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1999, s. 248

Z powyższego rysunku wynika, że na otoczenie organizacji wpływają czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wzajemnie na siebie oddziałujące. Organizacja nie ma wpływu na uwarunkowania zewnętrzne, natomiast ma wpływ na to, co dzieje się wewnątrz organizacji.

Analizując funkcjonowanie zawodowe pielęgniarki M.D. Głowacka stwierdziła, że na jej czynności zawodowe składają się zarówno zadania o charakterze instrumentalnym, jak i ekspresywnym. Pierwsze z nich wymagają od pracownika wiedzy fachowej i umiejętności praktycznych, natomiast drugie wymagają zachowań prospołecznych. Niemniej jednak zwróciła uwagę, że zarówno zakres, jak i sposób podejmowania tych zadań są zależne między innymi od reakcji emocjonalnych pielęgniarki, preferowanego przez nią systemu wartości a także czynników zewnętrznych.¹²⁹

¹²⁹ M.D. Głowacka, *Niektóre osobowościowe i sytuacyjne wyznaczniki efektywności zawodowej pielęgniarki*, „Pielęgniarstwo Polskie” 1989, nr 1, s. 49.

Analizę czynników determinujących efektywność pracy trzeba przeprowadzać oddzielnie dla każdego szczebla zarządzania. Wynika to z konieczności stworzenia zintegrowanego i spójnego systemu oceny, tak aby efekt pracy ogniw niższego szczebla przyczyniał się do poprawy efektów pracy ogniw wyższego szczebla i organizacji jako całości. Kompleksowe podejście do oceny efektywności pracy przedstawiono w poniższej tabeli.

TABELA 5. KOMPLEKSOWA OCENA EFEKTYWNOŚCI PRACY

Skala	Poziom kierowania	Rodzaj ocen
Makro		Spółeczna wydajność pracy
Mezzo		Oceny organizacyjne: – ocena efektywności pracy jako całości, – ocena pozycji organizacji, – ocena efektywności pracy ogniw wewnętrznych. Ocena społeczno-ekonomiczna sprawności kierowania. Oceny efektywności bieżące i okresowe.
Mikro (pracownik)	1. Kierownictwo naczelne (dyrektorzy do spraw pielęgniarских, pielęgniarки naczelne)	1. Oceny organizacyjne: – bezwzględna efektywność pracy oraz oceny sprawności. Ocena indywidualnych efektów pracy. Wartościowanie pracy.
	2. Kierownictwo komórek funkcjonalnych (pielęgniarki koordynujące, pielęgniarки oddziałowe)	2. Ocena indywidualnych efektów pracy. Ocena nakładów pracy – wartościowanie. Ocena efektywności pracy kierowanego ogniw wg cząstkowych kryteriów oceny.
	3. Personel wykonawczy (pielęgniarki odcinkowe)	3. Ocena indywidualnych efektów pracy. Ocena wkładu pracy w efekty grupowe. Wartościowanie pracy.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. Borkowska, *Metody oceny efektów pracy kierowniczej*, PWE, Warszawa 1983, s. 31 i in.

Tabela ta ukazuje efektywność pracy w skali makro (społeczna wydajność pracy), w skali mezzo (organizacja i podmioty wewnętrzne), a także w skali mikro (grupowa i indywidualna). Tą ostatnią przeprowadza się wykorzystując ocenę bazującą na wynikach, cechach osobowościowych oraz zachowaniach¹³⁰.

Jeśli więc wcześniej założono, że efektywność kierowania w organizacji ma znaczenie dla funkcjonowania zawodowego, to z pewnością przyjąć można, że cechy indywidualne członków zespołu, jak i jego organizacja wewnętrzna, są ze sobą ściśle powiązane. Uznano

¹³⁰ A. Smolbik-Jęczmień, op.cit., s. 249.

więc, iż w organizacji szpitalnej, podobnie jak w innych organizacjach, nie jest możliwe uzyskanie wysokiej efektywności pracy indywidualnie, można natomiast osiągnąć to zbiorowo, jako zespół. Współpraca pomiędzy pielęgniarkami i całym personelem medycznym, obdarzanie się zaufaniem i rzetelność w wykonywaniu obowiązków wpływa nie tylko na atmosferę pracy, ale również na jakość sprawowanej nad pacjentem opieki. Jest to możliwe, gdy pracownik ma poczucie własnej siły i kompetencji i przekonanie, iż jego aktywność oraz wysiłek wywrą realny wpływ na działania organizacji.

Właściwa organizacja opieki zdrowotnej pozwala na optymalne wykorzystanie potencjału, jaki tkwi w pielęgniarce, profesjonalistce sprawującym opiekę nad pacjentem¹³¹. Ze względu na fakt, iż pielęgniarki pozostają najliczniejszą i podstawową kadrą w ochronie zdrowia, a ich zachowanie jest czynnikiem determinującym pełną satysfakcję pacjentów¹³², to właśnie strefa profesjonalnego podejścia do nich, jest czynnikiem, na który zwraca on szczególną uwagę. Warto wspomnieć, iż sukces dotyczący zrealizowania celów zakładów opieki zdrowotnej powinien przekładać się na odpowiednio pozytywną i aktywną postawę kadry kierowniczej, której zadaniem jest dawanie załodze przykładu pełnego zaangażowania się w sprawy dotyczące efektywności i jakości. Jednakże, aby kierownik efektywnie oddziaływał na zespół pracowników musi posiadać odpowiednie kwalifikacje, spełniające wymagania konkretnego stanowiska kierowniczego oraz oczekiwania współpracowników¹³³. Efektywność działań pielęgniarskich zależy w dużym stopniu od umiejętności zarządzania kierowniczej kadry pielęgniarskiej.

Jak podaje B.A. Brooks i M.A. Anderson, w zakładach opieki zdrowotnej jakość życia zawodowego pielęgniarek obejmuje społeczne i techniczne aspekty środowiska pracy. Do czynników społecznych zalicza się m.in. relacje pomiędzy pracownikami a przełożonymi, wzajemne relacje pielęgniarek i lekarzy, poziom umiejętności, postawy pracowników, a także oczekiwania wobec środowiska pracy. Wśród czynników technicznych występują procedury, wiedza i umiejętności oraz technologia i sprzęt¹³⁴. Również N. Ellia i A. Pompli zwrócili uwagę, że nie bez znaczenia w pracy pielęgniarki są relacje międzyludzkie, partycypacja

¹³¹ B. Bajurna, *Nurse – a professional working with the ill in the hospital*, s. 164.

¹³² K. Kulczycka, *Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej*, „Zdrowie Publiczne” 2001, nr 111, s. 53.

¹³³ P. Louart, op.cit., s. 183-186.

¹³⁴ B.A. Brooks, M.A. Anderson, *Dedining Quality of Nursing Work Life*, “Nursing Economics” 2005, no. 23, s. 320.

w procesie decyzyjnym a także uznanie, możliwość zdobywania nowych umiejętności czy pogłębianie wiedzy¹³⁵.

Czynniki psychologiczne wchodzi w skład kultury organizacyjnej, która z kolei odgrywa istotną rolę w funkcjonowaniu organizacji. Kultura organizacyjna pełni ponadto dwie funkcje:¹³⁶

- ułatwia radzenie sobie w warunkach niepewności – ze względu na zmienność otoczenia, jak i wewnętrznych warunków funkcjonowania,
- buduje jej tożsamość – są to cechy będące społecznym łącznikiem członków organizacji.

Dla pracowników kultura organizacyjna daje poczucie bezpieczeństwa, przynależności, poszerza horyzonty, natomiast dla kadry kierowniczej staje się sposobem kształtowania zachowań ludzkich.

TABELA 6. POZYTYWNE I NEGATYWNE ZESTAWIENIE ODDZIAŁYWANIA KULTURY ORGANIZACYJNEJ

Oddziaływanie kultury organizacyjnej	
pozytywne	negatywne
– ukierunkowanie działań przez redukcję złożoności – sprawna sieć komunikacyjna – szybkie podejmowanie decyzji – przyspieszone wdrażanie planów i projektów – małe nakłady na kontrolę – silna motywacja i lojalność – stabilność i niezawodność	– tendencja do zamykania się w sobie – blokowanie nowych orientacji – bariery we wdrożeniach – utrwalanie się tradycyjnych wzorców sukcesu – kolektywna postawa uniku – „kulturowe myślenie – brak elastyczności

Źródło: H. Steinmann, G. Schreyogg, *Zarządzanie. Podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepcje funkcje, przykłady*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1995, s. 428-429.

Do grupy czynników psychologicznych determinujących efektywne kierowanie w zakładach opieki zdrowotnej można zaliczyć takie czynniki, jak **klimat panujący w organizacji** (często określany zamiennie jako kultura organizacyjna, lub też jako mniejsza, węższa jej część), **wartości** jakie prezentują pielęgniarki (i cały zespół terapeutyczny), czy też **sposób przepływu informacji** (między personelem oraz personelem i pacjentem), a nawet **styl kierowania** stosowany przez przełożonych, mogą stać się, najbardziej efektywną drogą poprawy funkcjonowania zawodowego pracowników.

¹³⁵ N. Ellis, A. Pompli, *Quality of Working Life for Nurses*, Commonwealth Dept of Health and Ageing., Canberra 2002.

¹³⁶ *Leksykon zarządzania*, Wyd. Difin, Warszawa 2004, s. 253.

To pacjent wybiera ośrodek medyczny, w ręce którego oddaje swoje zdrowie. Dzisiaj o takim wyborze decyduje ilość i szybkość świadczonych usług medycznych. Jednak coraz częściej dochodzi do nich kolejny, bardzo ważny czynnik, jakim jest jakość i komfort pobytu w szpitalu, który polega na jeszcze lepszym kontakcie z personelem medycznym.

Czynnikami determinującymi efektywność każdej organizacji są *czynniki wewnętrzne*, na które organizacja ma realny wpływ. W zakładach opieki zdrowotnej wyróżnić można wiele czynników wewnętrznych warunkujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim. Na bazie studiów literaturowych autorka pracy wyodrębniła te, które w istotny sposób determinują efektywność kierowania zespołem pielęgniarek. Do czynników tych zaliczono:

- klimat organizacyjny,
- sposób komunikacji,
- styl kierowania,
- system wartości.

Czynniki te przeanalizowano w dalszej części rozdziału, a ich empiryczna weryfikacja będzie istotą (bazą) stworzenia modelu ukazującego mierniki efektywności zawodowej kierownika zespołu pielęgniarskiego, co stanowić będzie podstawę zdefiniowania pojęcia efektywnego zespołu pielęgniarskiego w zakładach opieki zdrowotnej. Osiągnięcie tego celu w niniejszej dysertacji pozwoli również wskazać potencjalne możliwości wykorzystania tego modelu w kształtowaniu efektywnego funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

Funkcjonowanie każdej organizacji opiera się na specyficznym klimacie zwanym również atmosferą pracy. Klimat organizacyjny ma ogromny wpływ na efektywność funkcjonowania i skuteczność realizacji wyznaczonych przez przedsiębiorstwo celów. Można stwierdzić, że istnienie harmonijnego środowiska pracy działa mobilizująco i sprzyja rozwojowi (także firmy), ponieważ pracownicy z zapałem i zaangażowaniem wykonują nałożone na nich zadania. W tej sytuacji praca staje się dla pracownika nie tylko narzędziem do osiągnięcia określonych celów, ale także nadrzędną wartością. Odpowiedni klimat w pracy ma znaczenie nie tylko dla jakości podejmowanych działań, ale także wpływa na wizerunek zewnętrzny organizacji. Tworzą go bowiem pracownicy poprzez kontakty z klientami. Wobec powyższego uznać należy, że od ich opinii (zadowolenia bądź niezadowolenia) oraz ze sposobu obsługi zależy, jak organizacja jest postrzegana przez otoczenie. Nie ulega też wątpliwości, że wyłącznie usatysfakcjonowani pracownicy są w stanie zaangażować się w sprawy wewnętrzne firmy, co w rezultacie może doprowadzić do zadowolenia i satysfakcji klientów. Klimat w miejscu pracy sprzyja więc rozwojowi firmy. Organizacje, aby przetrwać

na konkurencyjnym rynku, muszą więc współdziałać z otoczeniem, jak również podejmować ryzyko dostosowywania się do zachodzących zmian. Dobra atmosfera w miejscu pracy niewątpliwie sprzyja wprowadzaniu zmian, a tym samym wspiera rozwój firmy. Pracownicy w takiej organizacji są kreatywni, co z kolei prowadzi do niekonwencjonalnych rozwiązań i generowania nowych pomysłów i metod pracy.

Klimat emocjonalny zapewniony przez kierownika może stanowić istotny czynnik stabilizujący zespół, pomimo na przykład niskiej motywacji finansowej, co w przypadku pracy pielęgniarstwa jest zgodne z rzeczywistą sytuacją rynkową. Pomimo tego można jednak stwierdzić, iż grupa bardzo dojrzała jest w stanie współdziałać, uczyć się i efektywnie realizować zadania¹³⁷.

Praktyka współpracy interdyscyplinarnego zespołu jest najdoskonalszą formą terapii i opieki sprawowanej nad pacjentem. Jego fenomen, jak sugerują B. Curie i A. Harley, polega na różnorodnej analizie potrzeb chorego prowadzonej przez fachowców w danej dziedzinie¹³⁸. Połączenie wiedzy i doświadczenia różnych profesji daje najlepsze rezultaty. Wspólna praca może stworzyć nowe sposoby rozwiązywania problemów, które w przeszłości wydawały się być nie do pokonania. W modelu współpracy istotnym jest fakt, że o większych efektach wspólnego działania decyduje bardziej nie to, co łączy ludzi, ale to co ich dzieli. Inne spojrzenie na problem, wynikające z nie tylko z odmiennych doświadczeń życiowych, ale także z wiedzy z innych dziedzin nauki, powoduje jego lepsze rozpoznanie. Tak więc odmienna grupa może osiągać taki cel leczenia, którego nie osiągnęłaby żadna inna, działająca podobnie¹³⁹.

Opierając się na powyższych stwierdzeniach trzeba stwierdzić, że klimat panujący w organizacji istotnie wpływa na funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek. Ponadto można przypuszczać, że istnieją różnice w zakresie wymiarów klimatu organizacyjnego pomiędzy pielęgniarkami w zależności od rodzaju zakładu opieki zdrowotnej.

Klimat w organizacji jest wypadkową subiektywnych odczuć jej członków. Może być przyczyną spadku wydajności pracy i zaangażowania, jak również być przyczyną zwiększenia liczby konfliktów. Pogorszenie panującego klimatu organizacyjnego sygnalizuje pojawienie się problemów społecznych, wymagających natychmiastowego rozwiązania. Dlatego uzasadnione jest przeprowadzanie badań dotyczących klimatu organizacyjnego, ponieważ

¹³⁷ E. Mojs, *Wybrane aspekty komunikacji pielęgniarka–zespół terapeutyczny*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2006, nr 2, s. 137.

¹³⁸ A. Atwal, K. Caldwell, *Do multidisciplinary integrated care pathway improve interprofessional collaboration?*, „Scandinavian Journal of Caring Sciences” 2002, vol. 16, issue 4, s. 360-367.

¹³⁹ C. Danes, *Getting health professionals to work together*, <http://www.bmj.com/content/320/7241/1021.extract> (data dostępu 18.06.2008).

wiedza o jego stanie umożliwia podjęcie racjonalnej interwencji w organizacji i usprawnienie jej funkcjonowania. Drogą do tej wiedzy jest więc poznanie opinii członków organizacji.

Autorka pracy w 2008 roku przeprowadziła badania własne¹⁴⁰ mające na celu zdiagnozowanie panującego klimatu organizacyjnego w zespole pielęgniarstwa. Na ich podstawie stwierdzono jednak, że menedżerowie zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej wciąż za mało cenią klimat organizacyjny jako element lepszego funkcjonowania organizacji, a także jako sposobu zarządzania zakładem. Zaistniała dysproporcja pomiędzy zdiagnozowanym a oczekiwanym stanem klimatu organizacyjnego uwidoczniła potrzebę przeprowadzenia szerszych badań w celu identyfikacji czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarstwa w zakładach opieki zdrowotnej i określenia ich znaczenia dla funkcjonowania zawodowego pielęgniarstwa.

Skuteczne **komunikowanie się** stanowi warunek konieczny dla realizacji wszelkich działań pielęgniarstwa. Pielęgniarka z racji pełnienia swoich funkcji zawodowych wchodzi w bezpośredni kontakt z pacjentem, jego rodziną i znajomymi, z własną grupą zawodową oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego. Wiąże się to z koniecznością posiadania i ciągłego doskonalenia odpowiednich umiejętności komunikacyjnych. Umiejętność komunikowania się jest niezbędna do stworzenia prawidłowych stosunków międzyludzkich i ma istotne znaczenie dla osiągnięcia komfortu życiowego, realizowania się, rozwoju, motywowania działań¹⁴¹. Znaczenie kompetencji związanych z komunikowaniem się w pracy pielęgniarstwa, a także konieczność ich doskonalenia, spowodowane zostało transformacją w ochronie zdrowia. Kompetencje te powinny być doskonalone w procesie edukacji ustawicznej¹⁴².

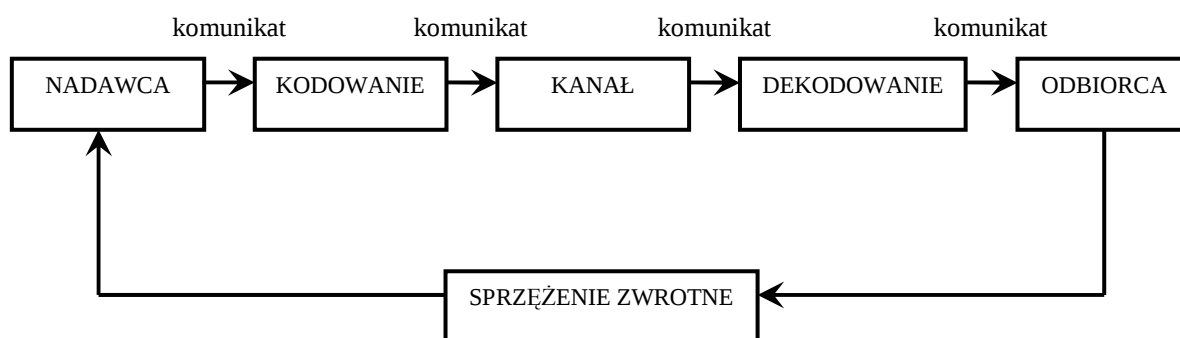
Komunikowanie w pielęgniarstwie dotyczy bardzo wielu aspektów. Związane jest zarówno z działalnością praktyczną, jaką jest proces pielęgnowania, jak i działalnością teoretyczną. Z tego powodu za właściwą komunikację można uznać taką, w której poziom werbalny i niewerbalny jest spójny, ich przekaz nie wyklucza się ani wzajemnie nie zakłóca, a przekazywany komunikat jest zrozumiały i jasny w odbiorze, dostosowany do poziomu odbiorcy¹⁴³.

¹⁴⁰ B. Bajurna, *Diagnoza klimatu organizacyjnego panującego w środowisku pielęgniarstwa*, w: *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2008, s. 65-70.

¹⁴¹ M. Bartczak-Praszkowska, *Doskonalszy sztuka komunikacji*, „Biuletyn OIPiP” 2004, nr 6, s. 10-11.

¹⁴² M.D. Głowacka, E. Mojs, *Doskonalenie kompetencji komunikacyjnych jako czynnik zwiększający efektywność pracy pielęgniarstwa*, w: *Wizerunek pielęgniarstwa i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim. Konferencja międzynarodowa, Warszawa 12-13 maja 2009*, red. G. Rogala-Pawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska, Wyd. NRPiP, Warszawa 2009, s. 193-199.

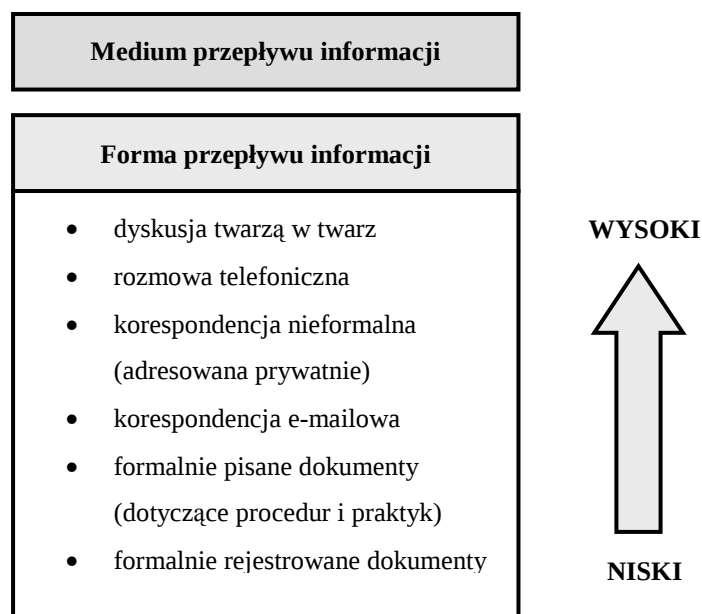
¹⁴³ M. Mandecki, *Znaczenie właściwej komunikacji między personelem medycznym, a pacjentem w opiece zdrowotnej*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2005, nr 4, s. 94.



RYСУNEK 4. PRZEBIEG PROCESU KOMUNIKACJI

Źródło: opracowanie własne na podstawie J. Stankiewicz, *Komunikowanie się w organizacji*, Wyd. Astrum, Wrocław 1999

Nadawca ma za zadanie przekazać komunikat innej osobie za pomocą określonych metod. Odbiorca natomiast odczytuje wiadomość i przekazuje nadawcy informację zwrotną. W ten sposób następuje sprzężenie zwrotne. Im ono silniejsze, tym skuteczniejsza komunikacja.



RYСУNEK 5. EFEKTYWNOŚĆ KOMUNIKACJI W ZALEŻNOŚCI OD FORMY PRZESYŁANIA I OTRZYMYWANIA INFORMACJI W ORGANIZACJI

Źródło: J. Łuciewicz, *Organizacyjne zachowania człowieka*, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1999, s.151

Analizę zależności pomiędzy formą przepływu informacji w organizacji a efektywnością jej „odzyskania” przedstawia powyższy rysunek. Pokazuje on, że najniższy

jej stopień powstaje wtedy, gdy informacja jest przekazywana za pomocą formalnych dokumentów rejestrowanych w organizacji. Natomiast największe możliwości uzyskania pełnych informacji istnieją w kontaktach „twarzą w twarz”. Można wówczas dokonać wyjaśnień opisów, a dodatkowym źródłem informacji jest mimika rozmówcy, z której można „odczytać” stopień wzajemnego zaangażowania w dany problem¹⁴⁴.

R.W. Griffin uważa, że komunikowanie jest procesem przekazywania informacji od jednej osoby do drugiej. Jednak zwraca uwagę również na to, że skuteczne komunikowanie się to polega na tym, że wiadomość otrzymana ma możliwie zbliżone znaczenie do wiadomości zamierzonej¹⁴⁵. Cz. Sikorski natomiast zaznacza, jak ważne są zachowania ludzi na tle skutecznej komunikacji i jak ważne są owe zachowania dla funkcjonowania systemu organizacyjnego. Stąd też komunikację nazwał wymianą znaczeń w różnych okolicznościach, w których do tej wymiany dochodzi¹⁴⁶.

Na efektywność zespołu terapeutycznego, którego pielęgniarka jest członkiem, ma wpływ wiele czynników, np. wspólne spotkania, podczas których dochodzi do wymiany informacji, konfrontacji pomysłów i doświadczeń. Jeżeli *członkowie zespołu łączą swoją wiedzę i umiejętności, wymieniają doświadczenia, to zwiększają w ten sposób potencjalne możliwości przywracania sprawności choremu oraz dostarczają pacjentowi wzorców racjonalnego zachowania się w chorobie*¹⁴⁷. Brak porozumienia między personelem, sprzeczności w poleceniach i działaniu budzą niepokój pacjenta, podważają zaufanie do szpitala i poszczególnych pracowników, obniżając w ten sposób ich autorytet. Efektywność zespołu jest tym większa, im większe jest poszanowanie opinii i odczuć poszczególnych członków zespołu. To kierownik grupy (np. oddziałowa) pomaga jej członkom stawać się zespołem gotowym do współpracy. Funkcjonowanie zespołów wymaga zapewnienia możliwości ciągłego doskonalenia komunikowania się. Do najbardziej znaczących walorów komunikowania i kształtowania relacji współdziałania zespołowego, jak podkreśla S. Poznańska, zaliczane są: otwartość, empatia, opanowanie koniecznych sprawności. Otwartość jest zdolnością do słuchania, wyjaśniania, zrozumienia i akceptowania możliwości

¹⁴⁴ J. Łucewicz, *Organizacyjne zachowania człowieka*, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1999, s. 151.

¹⁴⁵ R.W. Griffin, op.cit., s. 554.

¹⁴⁶ Cz. Sikorski, *Zachowania ludzi w organizacji*, PWN, Warszawa 2001, s. 192.

¹⁴⁷ L. Sierpińska, *Proces komunikowania na stanowiskach pracy*, w: *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, red. A. Ksykiewicz-Dorota, Wyd. Czelej, Lublin 2005, s. 298.

różnicy zdań, jak również do przyjmowania krytyki. Zdolności empatyczne umożliwiają tworzenie się pożądanych wartości moralnych zespołu, osiągnięcie wzajemnego zaufania¹⁴⁸.

Jak zauważają M.D. Głowacka oraz E. Mojs, prawidłowa komunikacja wewnętrzna jest związana z otwartym, płynnym i spójnym przekazywaniem informacji na wszystkich szczeblach hierarchii pracowniczej na zasadach wzajemnego zaufania. Uważają one, że relacje komunikacyjne tego rodzaju sprzyjają osiąganiu lepszych wyników, zwiększają inicjatywę, a także sprawiają, że pracownik czuje się ceniony za własną osobowość, a nie jedynie za pełnioną funkcję¹⁴⁹.

Ważnym aspektem funkcjonowania zespołu jest sprawny obieg informacji bieżących. W pewnym stopniu wpisuje się to w pojęcie inteligencji organizacji, gdzie zespół tworzy warunki do zdobywania wiedzy, dzielenia się nią i przechowywania, ale także buduje optymalną jednostkową motywację do komunikowania się, wymiany i dzielenia się informacją. Zatem, pielęgniarki doskonalą swoje kompetencje zawodowe poprzez cykl szkoleń zewnętrznych, ale także doskonałym sposobem na ich poszerzenie może być komunikacja wewnątrz grupy z osobami, które już osiągnęły te kompetencje. Dzieje się to w procesie jasnego i efektywnego komunikowania, przy zapewnieniu podstawowego warunku – optymalnego klimatu emocjonalnego grupy nastawionego na komunikację¹⁵⁰.

Komunikaty przekazywane pomiędzy członkami zespołu powinny być jednoznaczne i wyraźne. Odpowiednia rozmowa i dobór słów w zespole i z pacjentem, życzliwa atmosfera, wyrażenie szacunku, narady z odpowiednim przepływem informacji pomiędzy członkami to nieodzowne elementy mające wpływ na ocenę pracy zespołu. Należy więc zwrócić uwagę na komunikację kierownika z zespołem. Jest ona szczególnie istotna dla realizacji celów zespołowych, i jak zauważa E. Mojs¹⁵¹, dla utrzymania optymalnego klimatu emocjonalnego w grupie, dzięki któremu pracownicy czują się dobrze w organizacji, mogą dzielić się wiedzą i umiejętnościami, pomagać sobie nawzajem i tym samym zwiększać efektywność pracy.

Efektywne współdziałanie z ludźmi dla realizacji celów przedsiębiorstwa wymaga umiejętnego kierowania nimi i takiego mobilizowania ich energii i inteligencji, aby wypełniali swoje zadania w sposób sprawny i skuteczny, kierując się nie tylko potrzebą zarobkowania, ale również innymi motywatorami. Często określa się je jako zaspokojenie

¹⁴⁸ S. Poznańska, *Komunikowanie się w relacjach pielęgniarka–pacjent oraz we współpracy zespołowej*, w: *Pielęgniarstwo*, red. K. Zahradniczek, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 87-112.

¹⁴⁹ M.D. Głowacka, E. Mojs, *Motywacja pozaekonomiczna w zarządzaniu zasobami ludzkimi w zakładzie opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, red. M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs, Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 209.

¹⁵⁰ E. Mojs, op.cit., s. 137.

¹⁵¹ Ibidem.

potrzeb wyższego rzędu, czyli samorealizację poprzez efektywne komunikowanie się ze współpracownikami w celu osiągnięcia sukcesu zawodowego¹⁵². Proces komunikowania się w środowisku pracy może w naturalny sposób różnić się, co wpływa na efektywność podejmowanych działań zawodowych. Dobry menedżer powinien pamiętać także o tym, że pracownicy zaspakajają również różne swoje potrzeby. Poczucie satysfakcji z własnych dokonań przyczyni się do zwiększonej motywacji do podejmowania działań, szczególnie jeśli jego wysiłki i starania będą zauważane i doceniane¹⁵³.

Wobec powyższego przypuszczać należy, że istniejące w poszczególnych rodzajach zakładów opieki zdrowotnej różnice stosowanego stylu komunikacji mają wpływ na funkcjonowanie zawodowe. Jednak nadal otwarte pozostają pytania: 1) Czy klimat organizacyjny ma wpływ na wybór stylu komunikacji?; 2) Czy pomiędzy klimatem organizacyjnym i stylem komunikacji a czynnikami demograficznymi zachodzi istotny związek?

Efektywne funkcjonowanie każdego zakładu opieki zdrowotnej oraz jego dynamiczny rozwój jest uwarunkowany sprawnym komunikowaniem na wszystkich poziomach, jak również wymianą informacji w zespołach terapeutycznych. Prawidłowy proces komunikowania staje się jednym z ważniejszych czynników stanowiska pracy, mający wpływ na pozytywne efekty leczenia i pielęgnowania.

Styl kierowania to proces oddziaływania przełożonego na podwładnych w organizacji. Przez warunki skuteczności w zarządzaniu należy rozumieć takie dostosowanie stylu kierowania do aktualnie istniejącej w organizacji sytuacji, aby osiągnęła ona określone cele¹⁵⁴. W literaturze przedmiotu można spotkać wiele koncepcji dotyczących zachowań kierownika. Najczęściej przedstawia się go jako osobę, która ma do spełnienia pewne role, zadania w organizacji. Najczęściej styl kierowania organizacją jest wypadkową pomiędzy zamierzeniami kierownika a warunkami wynikającymi z realiów sytuacji, w jakiej znajduje się organizacja. Nie istnieje więc idealny styl zarządzania, który sprawdzałby się w każdym zespole. Dla kierownika zespołu najistotniejsze jest uświadomienie sobie, jaki jest jego styl kierowania oraz w jakim stopniu będzie on wpływał na efektywność pracy zespołu. Styl kierowania w ogromnym stopniu określa osobowość i kwalifikacje kierownika.

Literatura przedmiotu wyróżnia trzy podstawowe style kierowania: **autokratyczny, demokratyczny i konsultatywny**. Styl autokratyczny oparty jest

¹⁵² W. Wedera, *Rola skutecznej komunikacji w procesie zarządzania organizacją*, „Antidotum” 2004, nr 9, s. 15.

¹⁵³ M.D. Głowacka, A. Rębała-Głowacka, *Konteksty zarządzania zasobami ludzkimi w procesie pracy*, w: *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 39.

¹⁵⁴ W. Konopacki, *Psychologia zarządzania. Wybrane zagadnienia*, w: *Ekonomika i zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. J. Nosko, Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź 2001, s. 390.

głównie na posiadanej władzy, jest wysoko zorientowany na zadania. Kierownik podejmuje decyzje bez udziału podwładnych, sam ustala cele i zadania, za pomocą których będą realizowane, oddziałuje na personel poprzez wydawanie poleceń i stosowanie kar. Pracownicy otrzymują dokładne wskazówki dotyczące wykonywania zadań bez możliwości przejawiania własnej inicjatywy. Kierownik jest zwolennikiem dystansu między nim a podwładnymi, jest niechętny wszelkim próbom nawiązania współpracy i partnerstwa z personelem¹⁵⁵. Stosowanie takiego stylu kierowania może być efektywne w sytuacji, gdy pracownicy są niedoświadczeni, nie najlepiej przygotowani do wykonywania swoich zawodów oraz są wrogo nastawieni w stosunku do kierownika. Może być również efektywny w warunkach krańcowych różnych – gdy stopień akceptacji przywódcy przez grupę jest wysoki, zadania są jasne, a zakres władzy duży, gdy brak jest akceptacji kierownika przez grupę, zadania są niejasne, a zakres władzy mały.

Kierownik reprezentujący styl demokratyczny stara się być partnerem dla podwładnych. Decyzje podejmuje demokratycznie, zachęca i wspiera grupę w podejmowaniu decyzji dotyczących realizacji celów. Mimo podziału zadań na kierownicze i wykonawcze, członkowie zespołu posiadają dużą samodzielność i mają możliwość przejawiania inicjatywy. Kierownik często konsultuje się z podległym personelem, dba o uzyskanie ich aprobaty, utrzymuje z grupą stały kontakt, wymienia myśli i poglądy, stara się zdobyć zaufanie i uznanie grupy, dąży do wytworzenia partnerskich stosunków z pracownikami¹⁵⁶.

Natomiast w stylu konsultatywnym przełożony przed podejmowaniem decyzji konsultuje się z podwładnymi, słucha ich opinii, rad i zwykle z nich korzysta. Ma zaufanie do podwładnych, ale przy zachowaniu kontroli¹⁵⁷. Stosując ten styl kierownik rzeczywiście jest zainteresowany tym, co członkowie zespołu sądzą na temat problemu, który trzeba rozwiązać. Nie jest powiedziane, że kierownik konsultant jest przekonany do wszystkich założeń, ale przynajmniej uważa, że w większości przypadków są one prawdziwe i w związku z tym prezentuje konsultatywne podejście w swoim stylu kierowania¹⁵⁸. U osób, które preferują bycie kierowanym w tym stylu, zaspokajana jest potrzeba osiągnięć, dostarczania ciekawych, twórczych działań, jak również poczucie indywidualnego sukcesu w pracy.

¹⁵⁵ M. Koster, S. Kownacki, *Kierowanie zachowaniami organizacyjnymi*, w: *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, red. A.K. Koźmiński, W. Piotrkowski, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 425.

¹⁵⁶ J. Szczupaczyński, *Podstawy zarządzania i kierowania ludźmi w organizacji*, Międzynarodowa Szkoła Menadżerów, Warszawa 2005.

¹⁵⁷ G. Rogala-Pawelczyk, E. Styczno, *Style zarządzania*, w: *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, red. A. Ksykiewicz-Dorota, Wyd. Czelej, Lublin 2005, s. 117.

¹⁵⁸ B. Kożusznik, *Kierowanie zespołem pracowniczym*, s. 70.

Na wybór stylu kierowania, według R. Tannenbauma i W. Schmidta, wpływają przede wszystkim siły tkwiące w kierowniku, które są pojmowane jako jego wiedza i doświadczenie oraz potencjał tkwiący w podwładnych i cechy charakterystyczne sytuacji. Uważają oni, że kierownik może pozwolić na większą swobodę i większe uczestnictwo w podejmowaniu decyzji, jeśli podwładni spełniają określone warunki, do których należą:¹⁵⁹

- przyjmowanie przez podwładnych odpowiedzialności za decyzje,
- identyfikowanie się podwładnych z celami organizacji,
- posiadanie przez podwładnych odpowiedniej wiedzy i doświadczenia,
- chęć niezależnego i swobodnego działania.

Zdaniem badaczy, w momencie nie spełnienia tych warunków, styl kierowania powinien być bardziej autokratyczny niż demokratyczny. Zaznaczają również, że przy wyborze stylu kierowania należy także uwzględnić styl preferowany w organizacji, presję czasu i czynniki środowiskowe, które w pracy pielęgniarki są istotnym elementem ich funkcjonowania.

W literaturze przedmiotu podkreślany jest udział podwładnych w realizacji celów organizacji. Granica partycypacji podwładnych jest wyznaczana przez styl kierowania przełożonego¹⁶⁰. Każdy kierownik oddziałuje na zachowanie podwładnych w odmienny sposób, stosując przyjęty przez siebie styl kierowania. Styl ten zależy nie tylko od predyspozycji przełożonego, jego upodobań i cech charakteru. Wpływają również na niego czynniki związane z poziomem personelu, a więc przygotowanie, kwalifikacje i doświadczenie pracowników, ich umiejętności i potencjał umysłowy, jak również motywacja, odpowiedzialność i obowiązkowość. Wszystkie te cechy charakteryzują pielęgniarki, ponieważ jest to zawód tak odpowiedzialny, że nie posiadając tych cech nie powinno się go wykonywać. W efekcie wielu rozmów przeprowadzonych przez U. Marcinkowską zarówno z kierownikami, jak i z podwładnymi wyróżniono dwie podstawowe formy zachowań kierownika:¹⁶¹ a) zorientowane na zadania; b) zorientowane na pracowników. W praktyce kierownicy przede wszystkim uprawiają jakiś styl pośredni, który dodatkowo jest uwarunkowany również rodzajem wykonywanej pracy, stopniem skomplikowania zadań i miejscem jednostki organizacyjnej w strukturze całego przedsiębiorstwa.

W analizie stylu kierowania uwzględnia się specyfikę sytuacji organizacyjnej i sytuacji kierownika, szczególnie jego stosunek do podwładnych. Zależy to w szczególności od rodzaju

¹⁵⁹ J. Stoner, H. Wankel, *Kierowanie*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2001.

¹⁶⁰ W. Konopacki, op.cit., s. 394 oraz A. Czermiński, M. Czerska, B. Nogalski, R. Rutka, J. Apanowicz, *Zarządzanie organizacjami*, TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń 2001, s. 127.

¹⁶¹ U. Marcinkowska, *Motywowanie członków organizacji*, w: *Teoretyczne podstawy nauki o organizacji i zarządzaniu*, red. T. Mendel, WSZMiZ, Leszno 2001, s. 135.

zadań, konieczności szybkiego ich wykonania, osobowości kierownika itp., dlatego też nie ma możliwości wprowadzenia jednolitych mechanizmów zachowań dla różnych sytuacji. Zadaniem kierownika jest dostosowanie swojego stylu kierowania do sytuacji wynikającej z uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych. Podstawową, zdaniem W. Kieżuna, zmienną interweniującą jest subkultura załogi obejmująca kwalifikacje zawodowe, kulturę pracy, panujące obyczaje. Styl kierowania i sytuacja determinują efektywność kierowania. Ten układ zależności nazwano modelem wewnętrznej zgodności w układzie sytuacja-styl¹⁶².

Wprowadzając zakres uczestnictwa w podejmowaniu decyzji i zakres samodzielności w wykonywaniu poszczególnych czynności i zadań, otrzymamy dodatkowe, mieszane style kierowania, które to najczęściej można zauważyć w pracy pielęgniariskiej. Wówczas decyzje podejmowane są przez kierownika autokratycznie, ale podwładni mają dużą swobodę w zakresie wykonywanych przez siebie zadań. Styl ten może być szczególnie użyteczny w kierowaniu zespołem o wysokich kwalifikacjach, a takim zespołem coraz częściej stają się pielęgniarki poszerzające swoje umiejętności nie tylko na studiach pielęgniarstkich, ale również przez różnego rodzaju specjalizacje czy też kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne. Członkowie takich zespołów wysoko cenią sobie autonomię pracy, lecz jednocześnie nie chcą tracić czasu na uczestniczenie w podejmowaniu rutynowych decyzji. Decyzje podejmowane są przez kierownika i zespół demokratycznie, ale ściśle nadzoruje on czynności i zadania wykonywane przez pracowników, co jest istotne w pracy pielęgniariskiej.

Podejmując pracę człowiek chce mieć możliwość osobistego rozwoju i doskonalenia. Zwraca również uwagę na uznanie i akceptację. Może to być realizowane poprzez przynależność do grupy, która jest odpowiednio kierowana przez przełożonego. Oczekiwania pracownika często ulegają modyfikacji poprzez zdobywanie doświadczeń życiowych w kontaktach z różnymi przełożonymi.

Biorąc pod uwagę wymienione powyżej kwestie założyć można, że zachodzą różnice pod względem preferowanego stylu kierowania w poszczególnych rodzajach ZOZ-ów. Natomiast szerzej należałoby wyjaśnić następujące kwestie: 1) Czy klimat organizacyjny ma wpływ na wybór stylu kierowania?; 2) Czy pomiędzy klimatem i stylem kierowania a czynnikami demograficznymi zachodzi jakikolwiek związek?

Z uwagi na to, że przedmiotem działań pielęgniariskich są ludzie, istotnym staje się oznaczenie uznawanych przez nie hierarchii **wartości** oraz środków ich realizacji. Termin

¹⁶² S. Tokarski, *Samooceńca efektywności kierowania w zakładach opieki zdrowotnej*, w: *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Podręcznik dla słuchaczy studiów podyplomowych*, red. B. Nogalski, J.M. Rybicki, TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń 2002, s. 84.

‘wartość’ jest wieloznaczny i poza językiem potocznym występuje również w wielu dyscyplinach naukowych. Jak zauważają M. Kłosiński i Z. Lubowicz, że pojęcie to może występować zamiennie ze słowami: potrzeba, postawa, dążenie czy też cele życiowe¹⁶³. Wydawać by się mogło, że proces wartościowania obiektów jest całkowicie subiektywny i zależy tylko od jednostki, która go dokonuje. Jednak nie jest to takie proste. M. Lesicki sugeruje, że należy zwrócić uwagę na społeczne funkcjonowanie człowieka. Twierdzi, że zarówno samo naśladownictwo, jak i konformizm czy przymus należy traktować bardzo poważnie i doceniać jego wpływ na proces naśladowania „subiektywnego”¹⁶⁴.

Wielu psychologów poruszających problematykę wartości uważa, iż są one ściśle związane z problematyką osobowości. Używają oni osobowości do wyznaczania relacji człowieka z otoczeniem, jak również dają nam obraz aktywności, motywacji w związku z przyjętą i realizowaną całościową koncepcją własnego życia¹⁶⁵.

Zakładając, że ludzie cenią różne wartości, przełożeni przed przyjęciem kandydata do pracy mogliby posługiwać się skalami oceniającymi przydatność osoby na dane stanowisko. Zgodność cenionych przez pracownika wartości z organizacją zazwyczaj wpływa na wydajność i zadowolenie z pracy. Jednakże każdy człowiek kieruje się w życiu indywidualnym systemem wartości. Są one rozpoznawane, a następnie w określonym stopniu cenione i preferowane. Zatem, wartości stają się jednym z ważniejszych czynników motywujących zachowanie człowieka. Wyznaczają człowiekowi kierunek działań poprzez stawianie sobie określonych celów życiowych i dynamizują zachowanie poprzez skanalizowanie energii na działanie. Tak również jest w środowisku zawodowym pielęgniarek. Przyjęte do realizacji wartości są wykształcane, utrwalane i modyfikowane w ciągu całego życia, jako skutek poszerzania wiedzy, wzrostu doświadczeń stymulacji środowiskowej. Przyjmowane do realizacji cele i wartości są rozpowszechniane, utrwalane i stanowią wzorce dla innych członków zbiorowości. I właśnie one mogą być następnie ocenione przez potencjalnych klientów (pacjentów) jako czynnik mający wpływ na efekt wykonanej pracy przez pielęgniarki.

Człowiek jest istotą, która rozwija się swoim własnym, indywidualnym torem. Zdaniem M. Grzywak-Kaczyńskiej, człowiek rodząc się niczego nie umie i dopiero w trakcie całego

¹⁶³ M. Kłosiński, Z. Lubowicz, *Uwagi o problematyce i metodzie badań. Raport końcowy IBPM*, Warszawa 1985, s. 4.

¹⁶⁴ M. Lesicki, *Pojęcie i koncepcje wartości*, <http://www.awans.oswiata.org.pl/> (data dostępu 12.04.2009).

¹⁶⁵ K. Ostrowska, *W poszukiwaniu wartości*, Rubikon, Kraków 2004, s. 11.

swojego życia uczy się, poznaje, wartościuje uczuciowo. Jest on stawiany w różnych sytuacjach życiowych i wtedy dokonuje wyborów – tych najlepszych dla siebie i swojego otoczenia¹⁶⁶.

Przeprowadzono kilka badań, które potwierdziły, że skala wartości M. Rokeacha zmienia się w zależności od grupy. Aczkolwiek zauważono również, że osoby należące do tej samej kategorii lub grupy zawodowej zwykle wyznają podobne wartości¹⁶⁷. M. Rokeach uważał, że wartości są przekonaniem, które stają się informacją dla osoby zainteresowanej danym obiektem. Wartości te, według niego, są trwałym przekonaniem co do sposobu postępowania czy też egzystencji, jak również są one zarówno osobiście, jak i społecznie akceptowane¹⁶⁸. System wartości M. Rokeach podzielił na dwie główne grupy – wartości ostateczne oraz wartości instrumentalne.

Dokonanie przez badane osoby wyboru jednej listy, jako tej, która obrazuje ich styl życia, stanowi szansę oceny hierarchii wartości oraz preferowanych celów i sposobów ich osiągania. Hierarchia wartości instrumentalnych jest wynikiem intrapsychicznego porządku kryteriów oceny procesu realizacji celów życiowych. Ocena taka obejmuje zatem cel, jak i jego zgodność w sposobie realizacji z posiadanymi przez osoby standardami. Dokonanie korelacji między uzyskanym materiałem w tym zakresie a wynikami dotyczącymi efektywności zawodowej badanej grupy, pozwala na ustalenie związku między hierarchią wartości a efektywnym realizowaniem przez pielęgniarkę ról zawodowych wobec pacjenta, personelu, instytucji¹⁶⁹.

Praca dla człowieka stanowi szansę na realizację własnych planów życiowych i zawodowych. Wartość, jaką posiadają dla jednostki cele aktualnej i przyszłej pracy jest zarazem wyznacznikiem rodzaju i jakości aktywności człowieka. Oceny, wartości określają i wyznaczają kierunek aktywności osoby poprzez wyróżnienie stanu rzeczy, który powinien być osiągnięty. Wartościowanie zamierzonego stanu rzeczy zapoczątkowuje działania, prowadzące do zamierzonego celu¹⁷⁰.

Grupa pracownicza pielęgniarek zaczyna tworzyć nowy wizerunek. Zmianie ulega zakres działań, gdyż otwierają się nowe dziedziny wiedzy pielęgniarskiej. Przeobrażeniom ulega również rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Poprzez wypełnianie swoich funkcji zawodowych w sposób świadomy, kompetentny i odpowiedzialny pielęgniarki podejmują

¹⁶⁶ M. Grzywak-Kaczyńska, *Trud rozwoju*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1988, s. 16-17.

¹⁶⁷ S.P. Robbins, *Zasady zachowania w organizacji*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2001, s. 30.

¹⁶⁸ P. Brzozowski, *Opracowanie skali wartości Schelera*, Wyd. Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin 1989, s. 83.

¹⁶⁹ M.D. Głowacka, *Model kształcenia kadr pielęgniarskich w zakresie zarządzania*, Wyd. Uczelniane Akademii Medycznej, Poznań 1996, s. 122.

¹⁷⁰ G. Bartkowiak, *Skuteczny kierownik – model i jego empiryczna weryfikacja*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2003, s. 35.

twórcze wysiłki na rzecz rozwoju pielęgniarstwa etyki zawodowej. Wiąże się to z dążeniem do określenia i wyjaśnienia istoty pielęgnowania oraz rozszerzania samodzielności i odpowiedzialności zdrowotnej. W dobie wielkiego postępu oraz przemian społecznych i politycznych zachwianiu ulega świat wartości. Niektórzy w pogoni za wartościami materialnymi zapominają o podstawowych zasadach współżycia, nie dostrzegają drugiego człowieka i jego potrzeb. Nie zawsze prezentowane postawy przy łóżku chorego świadczą o godności zawodu pielęgniarki. Bywa, że w sposób wyraźny odbiegają od ogólnie przyjętej zawodowej poprawności, łamiąc zasady ujęte w zapisach zawodowego „Kodeksie etyki pielęgniarstwa”, jak również naruszają godność osobistą człowieka. Dlatego nasuwa się wniosek, że trzeba i należy wrócić do postaw (wartości). Istnieje potrzeba propagowania kodeksu etyki zawodowej, który w znaczeniu ważności ustawodawczej stoi najniżej, jednak w randze godności zawodu jest priorytetem¹⁷¹.

Mówiąc o zawodzie pielęgniarki nie można zapominać o podstawowych zasadach współżycia, nie można też nie dostrzegać drugiego człowieka i jego potrzeb. To jej powierza się zdrowie i życie człowieka. Zawód ten ma cechy powołania, wynika bowiem z zamiłowania do opiekowania się ludźmi. Jest trudny, wymagający od człowieka wiele wytrwałości i poświęcenia. Dawniej zachowanie standardów etycznych oznaczało dla pielęgniarek posłuszeństwo lekarzowi i lojalność wobec szpitala. Obecnie jest to wierność systemom wartości, uwzględniającym normy etyczne¹⁷².

Obecnie obserwuje się niebezpiecznie narastający proces wyobcowania zawodowego, wyrażający się niechęcią do podopiecznych, zubożeniem i brakiem satysfakcji, co w konsekwencji przyczynia się do niezadowolenia społecznego z działalności poszczególnych osób w zakładach opieki zdrowotnej, w tym również pielęgniarek. Zapominają one, że praca jest środkiem do zaspokojenia aspiracji życiowych, daje możliwość rozwijania się i doskonalenia własnego systemu wartości. To właśnie uznawane wartości motywują do pracy. Praca przepełniona życzliwością i empatią, z pełną odpowiedzialnością moralną jest pomocna w doskonaleniu się i rozwijaniu wzajemnej pomocy jako niezbędnych elementów systemu wartości człowieka¹⁷³.

¹⁷¹ B. Janus, *Dylematy etyczne w pracy pielęgniarki – model podejmowania decyzji*, referat na konferencję *Kompetencje pielęgniarek i położnych a odpowiedzialność moralno-zawodowa*, zorganizowaną przez OIPiP, Poznań 14.10.2005.

¹⁷² Ibidem oraz J. Jakubiec, *Etos pielęgniarek a etyka zawodowa. Problemy pielęgniarstwa*, Zarząd Główny PTP, Warszawa 2001, s. 292.

¹⁷³ J. Jakubiec, op.cit., s. 293.

Przeprowadzone badania opinii pielęgniarek i położnych na temat niezbędnych wartości, koniecznych do wykonywania zawodu¹⁷⁴ i przedstawione na Międzynarodowej Konferencji Naukowej *Pielęgniarstwo wobec zagrożenia wartości – 100-lecie urodzin Hanny Chrzanowskiej* (Kraków 11-12.10.2002 r.), ukazały relacje pomiędzy kształtowaniem wartości przez szkołę medyczną a wykorzystaniem ich w pracy. Potwierdza się, że nie każdy może zostać pielęgniarką. Podejmując decyzję o wyborze zawodu kierowano się wartościami związanymi z nastawieniem na drugiego człowieka, chęcią niesienia mu pomocy, powołaniem (75%). Jednak za najważniejsze wartości uznano: odpowiedzialność, wiedzę, cierpliwość, opiekuńczość, umiejętności, sumienność i uczciwość, czyli cechy zgodne z kreowanym wzorem osobowości pielęgniarskiej.

Każda pielęgniarka ma własną hierarchię wartości ukształtowaną przez wykształcenie, kulturę, religię i doświadczenie życiowe, a więc przez czynniki demograficzne. Wpływają one na ocenę jakości opieki pielęgniarskiej zarówno na oddziale, jak i w całym zakładzie. Należy więc przypuszczać, że zachodzą różnice w zakresie uznawanych wartości pomiędzy pielęgniarkami reprezentującymi poszczególne rodzaje zakładów opieki zdrowotnej. Również rodzaj zakładu opieki zdrowotnej modyfikuje zależność między klimatem organizacyjnym a systemem wartości. Jednak nadal nie ma odpowiedzi na pytanie: Czy zachodzi związek pomiędzy klimatem organizacyjnym i systemem wartości pielęgniarek a czynnikami demograficznymi?

Wartości zawodowe są wyraźnie określone w „Kodeksie etycznym pielęgniarek”. Dokument ten w sposób formalny ustala standardy dla danej grupy zawodowej. Na przykład „Kodeks pielęgniarek” odzwierciedla profesjonalne wartości, stwierdzając, że *nieodłącznym od pielęgniarstwa jest szacunek życia, godności i praw człowieka*. Natomiast preambuła „Kodeksu dla pielęgniarek” Amerykańskiego Stowarzyszenia Pielęgniarskiego mówi, że *kodeks etyczny wyraża (...) podstawowe wartości zawodu*. W „Kodeksie etyki pielęgniarskiej” Kanadyjskiego Stowarzyszenia Pielęgniarskiego każda wartość ujęta jest osobno i uzupełniona opisem związanych z nią obowiązków pielęgniarki. „Kodeks etyczny” Nowozelandzkiego Stowarzyszenia Pielęgniarskiego wylicza wartości zawodowe w odniesieniu do pacjenta, grupy współpracowników, społecznego wymiaru praktyki zawodowej i stowarzyszenia zawodowego. Kodeksy etyczne udostępniają szerokiemu

¹⁷⁴ G. Krzemień, B. Naworska, K. Wąc, *Etos zawodu pielęgniarki i położnej*, w: *Pielęgniarstwo wobec zagrożenia wartości – 100-lecie urodzin Hanny Chrzanowskiej. Materiały konferencyjne*, Wyd. Fall, Kraków 2002, s. 99-104.

ogółowi wartości zawodowe pielęgniarstwa i wskazują te najważniejsze, które winny być włączane do programów kształcenia¹⁷⁵.

Pielęgniarki tworzą własną grupę zawodową i pozycję społeczną powstającą na bazie wspólnych wartości i celów. Cele te powstają dla zrealizowania praktyki zawodowej oraz nauki o pielęgnowaniu. Wzory i wartości danej pielęgniarki obowiązują również w grupie i determinują jej zachowanie. W momencie zastosowania takiej wiedzy, pielęgniarki będą pracować efektywniej w systemie opieki zdrowotnej.

Efektywności zespołu nie uzyskuje się w krótkim czasie. Kształtuje się ona w miarę, jak zespół zaczyna rozumieć, czego się od niego wymaga i w jaki sposób ta wiedza może zostać wykorzystana. Członkom zespołu należy zapewnić nie tylko warunki materialne, ale również możliwość stymulacji ich osobistego rozwoju i egzystencji zespołu jako całości. Chodzi o to, by połączyć twarde podejście do problemu z podejściem całościowym i systemowym, uwzględniającym elementy psychospołeczne oraz szerszy kontekst organizacyjny, w ramach którego zespół funkcjonuje, w tym procesy działające na styku jednostki i zespołu oraz zespołu i organizacji¹⁷⁶.

Biorąc pod uwagę przedstawione w tej części rozprawy spostrzeżenia i sformułowane pytania dotyczące czynników wpływających na efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim w zakładach opieki zdrowotnej, nasuwa się konieczność ich empirycznej weryfikacji. Pozwoli to zaprezentować model ukazujący mierniki efektywności zawodowej kierownika zespołu pielęgniarskiego, doprecyzować definicję efektywnego kierowania zespołem pielęgniarskim w zakładach opieki zdrowotnej oraz wskazać potencjalne możliwości wykorzystania tej wiedzy w praktyce.

Opierając się na dotychczasowych rozważaniach na temat efektywności kierowania zespołem pielęgniarskim można stwierdzić, że jest ona cechą przynależną organizacji, według której prawidłowe funkcjonowanie zespołu pracowniczego, a w konsekwencji organizacji, zależy od czynników endogennych (wewnętrznych), do których zalicza się: **klimat organizacyjny, styl kierowania, uznawane wartości, styl komunikowania**. Uważa się bowiem, że znajomość tego typu czynników może w znacznym stopniu przyczynić się do poprawy efektywności kierowania zespołem pielęgniarskim oraz efektywnego funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

¹⁷⁵ B. Dobrowolska, *Kodeksy etyki zawodowej pielęgniarek*, w: *Etyka w pracy pielęgniarstwie*, red. I. Wrońska, J. Mariański, Wyd. Czelej, Lublin 2002, s. 220-228.

¹⁷⁶ W. Ratyński, *Motywowanie i efektywność zespołu*, w: *Psychologiczne i socjologiczne aspekty zarządzania*, red. W. Ratyński, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2005, s.129-143.

1.4. Pojęcie i rodzaje zakładów opieki zdrowotnej

W praktyce zarządzania sektorem ochrony zdrowia funkcjonuje określony podział zakładów opieki zdrowotnej. Omawiając niniejsze zagadnienie należy rozróżnić dwa pojęcia – podmiot, który tworzy zakład, czyli organ założycielski oraz jednostkę organizacyjnie wyodrębnioną, czyli zakład opieki zdrowotnej. Błędem jest porównywanie zakładu z podmiotem, który go utworzył, dlatego też biorąc pod uwagę to, kto zakład tworzy, można wyróżnić zakłady publiczne oraz niepubliczne.

W obszarze problemów związanym z systemem opieki zdrowotnej funkcjonują organy odpowiedzialne za nadzorowanie, czy normy są przestrzegane przez innych uczestników systemu ochrony zdrowia. Państwo również ponosi odpowiedzialność za dostęp do opieki zdrowotnej. Kiedy istnieje strefa niezaspokojonych potrzeb, organy państwowe mogą utworzyć mechanizmy zapewniające transfer środków finansowych do instytucji świadczących usługi lub mogą same organizować i prowadzić organizacje tworzące sektor publicznych świadczeniodawców¹⁷⁷.

Minister Zdrowia, zwany ministrem właściwym do spraw zdrowia, zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 listopada 1999 roku, kieruje działem „zdrowie”, jest dysponentem części budżetu państwa oraz obsługuje Ministerstwo Zdrowia¹⁷⁸. W obecnym kształcie Ministerstwo Zdrowia zostało utworzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 roku (Dz.U. nr 91, poz.1018)¹⁷⁹.

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest podmiotem wykonującym obowiązki w zakresie ochrony zdrowia ubezpieczonych. W systemie ochrony zdrowia pełni rolę on płatnika, którą to z dniem wejścia w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przejął od Kas Chorych. NFZ jest państwową osobą prawną, działającą zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu (Dz.U. z 2007 roku nr 45, poz. 391) oraz statutu z dnia 23 stycznia 2003 roku. Działa na szczeblu centralnym oraz na szczeblu wojewódzkim. W skład Funduszu wchodzi Centrala NFZ i oddziały wojewódzkie NFZ¹⁸⁰. Te ostatnie kształtowane są zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. Dodatkowo,

¹⁷⁷ Ibidem, s. 35-36.

¹⁷⁸ Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia należą: ochrona zdrowia i organizacja opieki zdrowotnej, nadzór nad środkami farmaceutycznymi i materiałami medycznymi, aparaturą i sprzętem medycznym, zawodami medycznymi, warunkami sanitarnymi oraz nadzór sanitarny, lecnictwo uzdrowiskowe, koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.

¹⁷⁹ Obecna struktura organizacyjna Ministerstwa Zdrowia wynika z rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 stycznia 2000 roku w sprawie nadania statutu Ministerstwu Zdrowia – Dz.U. nr 5, poz. 56 z późn. zm.

¹⁸⁰ A. Frąckiewicz-Wronka, *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*, WSP, Warszawa 2007, s. 148.

mogą być w nich tworzone placówki terenowe na zasadach wynikających ze statutu NFZ¹⁸¹. Fundusz zarządza środkami finansowymi, przekazywanymi na podstawie ustawy oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych. Podstawowym zadaniem tego organu jest finansowanie świadczeń zdrowotnych oraz zapewnienie refundacji leków w ramach posiadanych środków finansowych¹⁸².

Działalność publicznych zakładów opieki zdrowotnej reguluje art. 33 pkt 1 ustawy o ZOZ-ach. Jest to zakład, który ma obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom, uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Do jednostek organizacyjnych i podmiotów, które mogą być założycielami tego zakładu można zaliczyć naczelne lub centralne organy administracji rządowej, wojewodów, organy gminy lub związków międzygminnych, przedsiębiorstwa państwowe, Polskie Koleje Państwowe lub państwowe uczelnie medyczne, a także państwowe uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą¹⁸³.

Funkcjonowanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w całości jest ustalane przez polskie ustawodawstwo. Wszystko to, co dotyczy majątku (środków trwałych, pieniężnych), pracowników oraz kierownictwa jest określone w poszczególnych punktach ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Pomimo tego, że placówki te mają dyrektorów, to głównymi decydentami są organy założycielskie. Przy publicznych zakładach opieki zdrowotnej działa rada społeczna. Jest to organ inicjujący i opiniodawczy podmiotu, który utworzył zakład, oraz organ doradczy kierownika. Publiczny zakład opieki zdrowotnej może prowadzić działalność po wpisaniu do rejestru Ministra Zdrowia oraz Krajowego Rejestru Sądowego.

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej są to przedsiębiorstwa usługowe działające nie dla zysku, tj. przedsiębiorstwa non profit. Zmuszone są samodzielnie prowadzić politykę

¹⁸¹ T. Pęcińska, M. Łysiak, *Zakład opieki zdrowotnej w praktyce. Prawne aspekty działalności medycznej*, cz. 3, Wyd. Verlang Dashoefer, Warszawa 2002, s. 1-3.

¹⁸² Ponadto do zakresu działania Funduszu zaliczyć można: zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i położu oraz w celu zapobiegania chorobom; promocja zdrowia; przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych; określenie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń zdrowotnych; w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów; wykonywanie zadań zleconych i finansowanych przez Ministra Zdrowia oraz prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia; prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

¹⁸³ Za: M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polsce w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Wyd. Prawne IURIS, Warszawa-Poznań 2001, s. 185 oraz J. Galicki, *Zarządzanie finansami w zakładach opieki zdrowotnej. Zarządzanie w ochronie zdrowia. Choroby cywilizacyjne*, Wyd. Miejskie, Poznań 1998, s. 24.

finansową, czyli z posiadanych środków i uzyskanych przychodów finansowych pokrywać koszty swej działalności oraz zobowiązania. Zakłady te, w przypadku problemów finansowych, mogą jednak otrzymywać dotacje lub subwencje z budżetu państwa.

Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej również działają na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i przepisów wykonawczych. Udzielają świadczeń zdrowotnych ludności określonego obszaru lub określonej grupie nieodpłatnie, z częściową odpłatnością lub tylko odpłatnie. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wymienia następujące podmioty, które są zobligowane do tworzenia niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej: osoby fizyczne, krajowe lub zagraniczne osoby prawne, spółki nie mające osobowości prawnej, fundacje, związki zawodowe, stowarzyszenia, samorządy zawodowe, kościoły lub związki wyznaniowe oraz pracodawca¹⁸⁴. Warto podkreślić, iż podmioty, które są uprawnione do zakładania publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie mogą tworzyć niepublicznych zakładów.

Działalność niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, podobnie jak publicznych, ma na celu udzielanie świadczeń medycznych społeczeństwu. Jednak jest to działalność nastawiona na zysk. Ich funkcjonowanie regulują wewnętrzne ustalenia, regulaminy i umowy ustalane przez kierownictwo i właścicieli zakładów. Głównym dokumentem określającym tożsamość NZOZ-u jest statut zakładu.

Z uwagi na zakres i sposób świadczonych usług zarówno publiczne, jak i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej mogą funkcjonować w dowolnej formie organizacyjnej, których szczegółową strukturę zaprezentowano w tabeli 7.

TABELA 7. STRUKTURA ORGANIZACYJNA PUBLICZNYCH I NIEPUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Jednostka	Charakterystyka
Szpital	Stanowi podstawową jednostkę organizacyjną w strukturze instytucji ochrony zdrowia.
Przychodnia, poradnia i ośrodek zdrowia	Podmiot ten realizuje świadczenia zdrowotne, do których zaliczamy: świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, w miejscu zamieszkania pacjenta lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń. Podstawowe świadczenia zakładu opieki zdrowotnej zawierają świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne, a także pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii.
Pogotowie ratunkowe	Świadczy usługi zdrowotne w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodujących zagrożenie życia.
Pracownia diagnostyczna	Świadczy usługi zdrowotne, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne (analizy wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego).

¹⁸⁴ Za: J. Galicki, op.cit., s. 24; Z. Janku, E. Spławska, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Prawne podstawy funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Termedia, Poznań 2004, s. 18 i s. 21-22.

Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji	Świadczy usługi zdrowotne, które swoim zakresem obejmują wykonywanie i naprawę protez oraz innych przedmiotów protetycznych, a także ortodontycznych.
Zakład rehabilitacji leczniczej	Świadczy usługi zdrowotne, polegające na interdyscyplinarnych, kompleksowych działaniach usprawniających, służące zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. Świadczenia te mogą być udzielane na podstawie skierowania, np. od lekarza rodzinnego.
Żłobek¹⁸⁵	Jest podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem działania profilaktyczne i opiekę nad dzieckiem w wieku do 3 lat.
Zakład opiekuńczo-leczniczy	Świadczy całodobową pomoc medyczną z zakresu pielęgnacji i rehabilitacji osób nie wymagających hospitalizacji, zapewnia pacjentom środków farmaceutycznych oraz materiały medyczne, bazę lokalną i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych. Osobom ubezpieczonym i innym osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów, przebywającym w zakładzie opiekuńczo-leczniczym będącym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, który zapewnia środki farmaceutyczne i materiały medyczne na zlecenie lekarza zakładu.
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	Udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących swoim zakresem pielęgnację, opiekę oraz rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewnia im kontynuację leczenia farmakologicznego, lokum i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną tych osób i członków ich rodzin.

Źródło: opracowanie własne na podstawie T. Pęcińska, M. Łysiak, *Zakład opieki zdrowotnej w praktyce. Prawne aspekty działalności medycznej*, cz. 3, Wyd. Verlag Dashoefer, Warszawa 2002, s. 1-2; art. 28 i 32 b ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej – Dz.U nr 91, poz. 408 z późn. zm.; M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Wyd. Prawne IURIS, Warszawa-Poznań 2001, s. 182.

Analizując proces zarządzania zakładami opieki zdrowotnej wyróżnia się następujące ich formy organizacyjne:

- samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – stanowi formę organizacyjną obecnie dominującą w publicznych zakładach. Podmiot taki ma możliwość dynamicznego rozwoju oraz zapewnia pełne kojarzenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa z posiadanymi zasobami majątkowymi, osobowymi i finansowymi. Jest w pełni przystosowany do przewidywanych zmian w finansowaniu udzielanych świadczeń zdrowotnych z NFZ;
- jednostka budżetowa jako publiczny zakład opieki zdrowotnej – forma organizacyjna, która nie zapewnia pełnego kojarzenia potrzeb zdrowotnych ludności z dysponowanym potencjałem majątkowym, osobowym i finansowym zakładu, nie przystosowana do przewidywanych zmian w finansowaniu świadczonych usług medycznych z NFZ¹⁸⁶;

¹⁸⁵ W bieżącym roku weszła w życie ustawa z dnia 4.02.2011 roku o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. nr 45, poz. 235), zgodnie z którą żłobki przestają być traktowane jako zakłady opieki zdrowotnej.

¹⁸⁶ J. Galicki, op.cit., s. 24.

- komercyjny niepubliczny zakład opieki zdrowotnej – zapewnia pełne kojarzenie potrzeb zdrowotnych ludności z dysponowanym potencjałem majątkowym, osobowym i finansowym zakładu, przystosowany do przewidywanych zmian w finansowaniu udzielanych świadczeń zdrowotnych z NFZ.

Omawiając problem podziału i systematyki zakładów opieki zdrowotnej nie można pominąć wydanego przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej rozporządzenia z dnia 22 grudnia 1998 roku w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz.U. nr 164, poz. 1193), albowiem na jego podstawie utworzono krajową sieć szpitali, w której poszczególne szpitale przypisano określonym poziomom referencyjnym¹⁸⁷. W tabeli 8 scharakteryzowano poziomy referencyjności szpitali.

TABELA 8. POZIOMY REFERENCYJNE SZPITALI

I poziom	II poziom	III poziom
Zawiera szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, ginekologii i położnictwa, pediatrii oraz anestezjologii i intensywnej terapii. Szpitale z tego poziomu mogą świadczyć usługi w okresie dłuższym niż cztery tygodnie, obejmującym świadczenia rehabilitacyjne, opieki paliatywnej oraz psychiatrycznej.	Obejmuje szpitale wojewódzkie, które świadczą usługi w czterech podstawowych specjalnościach: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, ginekologii i położnictwa oraz pediatrii. Świadczenia te dotyczą również anestezjologii i intensywnej terapii oraz co najmniej czterech specjalności z: kardiologii, dermatologii, neurologii, patologii ciąży i noworodka, okulistyki, chirurgii, urazowej, urologii, neurochirurgii, laryngologii, chirurgii dziecięcej i chirurgii onkologicznej. Placówki te mogą udzielać świadczeń zdrowotnych osobom, których stan zdrowia nie wymaga całodobowej opieki medycznej w zakresie ambulatoryjnych zabiegów operacyjnych, diagnostyki oraz opieki psychiatrycznej.	Obejmuje szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych oraz państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz jednostki badawczo-rozwojowej podlegającej Ministrowi Zdrowia. Szpitale kliniczne mogą udzielać świadczeń zdrowotnych na terenie większym niż jedno województwo. Jednostki badawczo-rozwojowe, które podlegają Ministrowi Zdrowia udzielają świadczeń zdrowotnych na obszarze całego kraju.

Źródło: opracowanie własne na podstawie J. Jończyk, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Difin, Warszawa 2008, s. 122; T. Pęcińska, M. Łysiak, *Zakład opieki zdrowotnej w praktyce. Prawne aspekty działalności medycznej*, cz. 4, Wyd. Verlang Dashoefer, Warszawa 2002; M. Dercz, H. Izdebski, op.cit., s. 181.

Niezależnie od scharakteryzowanych powyższej poziomów referencyjnych, zakład opieki zdrowotnej powinien prowadzić działalność mającą na celu podniesienie stanu zdrowia ludności. W dużej mierze od dobrze zorganizowanych placówek opieki zdrowotnej zależy, czy i kiedy o polskiej opiece zdrowotnej będzie można powiedzieć, że działa tak, jakie są wobec niej oczekiwania zarówno pacjentów, jak i zespołów pracowniczych.

¹⁸⁷ M. Dercz, H. Izdebski, op.cit., s. 180.

Funkcjonujący w Polsce system opieki zdrowotnej, pomimo swojej złożoności, uznać należy za konieczny. Jak pokazuje praktyka zawodowa, system ten nie jest idealny, jednakże w dużym stopniu umożliwia społeczeństwu dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej, realizowanej przez ZOZ-y, których specyfika działania znacząco różni się od innych podmiotów działających w gospodarce wolnorynkowej.

Nadrzędnym celem zakładów opieki zdrowotnej jest dążenie do skutecznego, szybkiego i racjonalnego, a przy tym ekonomicznego udzielania świadczeń zdrowotnych społeczeństwu. Zmiany społeczno-ekonomiczne dokonujące się w naszym kraju spowodowały potrzebę przekształceń systemu ochrony zdrowia¹⁸⁸.

Zakłady opieki zdrowotnej są organizacjami posiadającymi cechy systemu, a jego wyznaczniki pozwalają na zakwalifikowanie ich do grupy organizacji otwartych, posiadających zdolność doskonalenia sposobu działania oraz dostosowywania się do zmieniającego się otoczenia. Dlatego jednym z celów działalności zakładów opieki zdrowotnej jest poszukiwanie przez zarządzających sposobów polepszenia jakości usług.

Ochrona zdrowia to złożony system zarówno pod względem organizacyjnym, jak i funkcjonalnym. Instytucje i organizacje w nim funkcjonujące wzajemnie na siebie oddziałują, tworząc sieć ogniw, bez których nie mógłby on istnieć. Podstawową instytucją systemu ochrony zdrowia jest zakład opieki zdrowotnej.

Dnia 19 maja 1982 roku Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał rozporządzenie dotyczące organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej w wyniku czego nastąpiło organizacyjne wyodrębnienie takich instytucji, jak: zakłady opieki zdrowotnej (ogólnodostępne, dla szkolnictwa wyższego, przemysłowe), wojewódzkie szpitale zespólone, wojewódzkie szpitale (zwykłe), specjalistyczne zespoły opieki zdrowotnej, zespoły wojewódzkich przychodni specjalistycznych, wojewódzkie stacje pogotowia ratunkowego (wraz z rejonowymi stacjami wchodzącymi w ich skład) oraz szpitale rejonowe, szpitale kliniczne, sanatoria i inne zakłady nie zespólone¹⁸⁹. Obecnie ich działalność regulowana jest przez ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z przepisami tej ustawy, zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu świadczenia usług zdrowotnych i promocji zdrowia. Ponadto, celem funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej może być: prowadzenie badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych wraz z udzielaniem świadczeń zdrowotnych

¹⁸⁸ M.D. Głowacka, E. Bogdańska-Bóll, E. Olek, *Wybrane wyniki mające wpływ na procedurę konkursową na stanowisko kierownicze*, „Przewodnik Menadżera Zdrowia” 2000, nr 1, s. 15.

¹⁸⁹ M. Dercz, H. Izdebski, op.cit., s. 175.

i promocją zdrowia, realizacja zadań dydaktycznych i badawczych, udział w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych przepisami prawa. Cechy charakterystyczne zakładu opieki zdrowotnej to:¹⁹⁰

- realizacja określonego zakresu zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- skupianie zasobów osobowych (z określonymi kwalifikacjami, motywacjami, zasadami, sposobem myślenia i działania) i majątkowych, pozwalających na realizację zadań związanych ze świadczeniem usług medycznych,
- posiadanie względnie stałego, wewnętrznego układu organizacyjnego (podziału zadań) właściwego do realizowanych zadań,
- posiadanie określonej samodzielności ekonomicznej niezbędnej do podejmowania racjonalnych decyzji zapewniających realizację zadań,
- posiadanie określonego statutu prawnego umożliwiającego podejmowanie zobowiązań i ponoszenie pełnej odpowiedzialności za te zobowiązania z zachowaniem niezbędnego stopnia ryzyka.

Nazwa zakładu opieki zdrowotnej powinna odpowiadać zakresowi usług medycznych świadczonych przez ten zakład¹⁹¹. Jeżeli natomiast dany zakład zajmuje się dodatkowo realizacją zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń medycznych i promocją zdrowia, nazwa musi zawierać także oznaczenie kliniczny lub uniwersytecki¹⁹². Istotnym elementem działalności zakładu opieki zdrowotnej jest możliwość podawania do wiadomości publicznej informacji o zakresie i rodzajach świadczonych usług medycznych, z zastrzeżeniem, że zarówno treść jak i forma tych informacji nie może mieć charakteru reklamy. Dodatkowo, zakłady mogą informować o zawarciu umowy z NFZ-em. Pozwala to osobom ubezpieczonym na otrzymanie bezpłatnych świadczeń w placówkach, które posiadają kontrakt z tą właśnie instytucją¹⁹³.

Działania w zakresie ochrony zdrowia, prowadzone przez zakład opieki zdrowotnej, są niemożliwe bez statutu, który nadawany jest przez organ założycielski danej placówki. Statut

¹⁹⁰ J. Galicki, op.cit., s. 24 oraz M. Dobska, P. Dobski, *TQM zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej*, Mars Graf, Poznań 2003, s. 241.

¹⁹¹ Przykładowo przychodnia lekarza rodzinnego, przychodnie stomatologiczne i protetyczne, sanatorium uzdrowiskowe, ośrodek rehabilitacyjny, itp.

¹⁹² Art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej – Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm. (zwana dalej ustawą o ZOZ-ach).

¹⁹³ Z. Janku, E. Spławska, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, s. 18.

określa ustrój zakładu oraz inne aspekty jego funkcjonowania¹⁹⁴. I tak, statut publicznego zakładu opieki zdrowotnej określa sposób uczestnictwa zakładu w procesie realizacji badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych lub realizacji celów naukowych i dydaktycznych oraz w kształceniu osób mających w przyszłości wykonywać zawód medyczny lub osób, które już ten zawód wykonują. Projekt statutu danego zakładu opieki zdrowotnej jest uchwalany przez radę społeczną zakładu, która przedkłada go do zatwierdzenia organowi założycielskiemu¹⁹⁵. Statut określa także organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Do najważniejszych należą:

- przebieg z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych,
- organizowanie i zarządzanie poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi zakładów opieki zdrowotnej, w tym czynności pracowników oraz warunki współdziałania między tymi jednostkami w celu zapewnienia sprawności funkcjonowania zakładu pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym,
- warunki współdziałania z innymi zakładami, dotyczące zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów oraz ciągłości postępowania,
- prawa i obowiązki pacjenta,
- obowiązki zakładu w przypadku śmierci pacjenta są określane przez regulamin porządkowy zakładu¹⁹⁶, który ustala kierownik, natomiast jego postanowienia nie mogą naruszać praw pacjenta wynikające z przepisów zawartych w ustawie oraz w odrębnych przepisach.

Zakład opieki zdrowotnej, jako zespół osób i środków majątkowych, jest utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Wynika z tego, że zasada samofinansowania, która jest właściwa dla działalności gospodarczej, nie musi być stosowana przez te placówki. Obowiązek ich utrzymania spoczywa na organie założycielskim. W rezultacie ma on szczególne obowiązki, których nie posiada jego odpowiednik w odniesieniu do przedsiębiorstw państwowych¹⁹⁷.

Utworzenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze zarządzenia właściwego organu administracji rządowej, czy też w drodze uchwały właściwego organu samorządu terytorialnego, chyba że przepisy prawa stanowią inaczej. Prowadzi to do określenia obszaru jego działania – w przypadku szpitali to obwód szpitalny, a dla

¹⁹⁴ Art. 11 ustawy o ZOZ-ach.

¹⁹⁵ Z. Janku, E. Spławska, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, s. 19.

¹⁹⁶ Art. 39 ustawy o ZOZ-ach.

¹⁹⁷ M. Dercz, H. Izdebski, *op.cit.*, s. 176.

pozostałych zakładów obwód lub rejon. Organem założycielskim zakładu opieki zdrowotnej może być minister lub centralny organ administracji rządowej, wojewoda, jednostka samorządu terytorialnego, ale również kościół lub związek wyznaniowy, pracodawca, fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, inna krajowa lub zagraniczna osoba prawna lub osoba fizyczna oraz spółka nie mająca osobowości prawnej¹⁹⁸. Utworzony zakład opieki zdrowotnej może funkcjonować jako:¹⁹⁹

- odrębna jednostka organizacyjna,
- część innej jednostki organizacyjnej,
- jednostka organizacyjna podległa innej jednostce organizacyjnej,
- zespół zakładów opieki zdrowotnej, składający się z zakładów opieki zdrowotnej jako jednostek organizacyjnych zespołu.

Zatem, zakład opieki zdrowotnej, stanowiąc część innej jednostki organizacyjnej, musi być organizacyjnie wyodrębniony. To wyodrębnienie jest konieczne ze względu na nadanie zakładowi statutu oraz wpisanie go do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, który jest prowadzony przez wojewodę (za wyjątkiem zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra, centralny organ administracji rządowej lub państwowe uczelnie medyczne, które są rejestrowane przez Ministra Zdrowia). Podstawą każdego wpisu do rejestru jest stwierdzenie przez organ prowadzący rejestr, że zakład opieki zdrowotnej spełnia wymagania określone w art. 9-11 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej²⁰⁰. Rejestr jest jawny i dostępny do wglądu dla osób trzecich. Zakład opieki zdrowotnej, którego jednostki organizacyjne mieszczą się na obszarze więcej niż jednego województwa, jest wpisany do rejestru w województwie, w którym znajduje się dany zakład. Na podstawie decyzji administracyjnej następuje wpis do rejestru, odmowa wpisu bądź skreślenie z rejestru. Organ, który prowadzi rejestr, nadaje zakładowi opieki zdrowotnej resortowy kod identyfikacyjny, zgodnie z jego nazwą oraz z zakresem świadczonych usług medycznych. W przypadku zmiany stanu faktycznego i prawnego zakład opieki zdrowotnej musi zgłosić to organowi prowadzącemu rejestr w terminie 14 dni od dokonania zmiany. Natomiast, gdy następuje zmiana zakresu świadczeń, np. utworzenie nowej poradni lub oddziału, nowa działalność placówki będzie mogła być rozpoczęta dopiero po wpisie do rejestru²⁰¹.

¹⁹⁸ T. Pęcińska, M. Łysiak, op.cit., s. 6.

¹⁹⁹ Art. 2 ust. 2 i 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

²⁰⁰ M. Dercz, H. Izdebski, op.cit., s. 177-178.

²⁰¹ Z. Janku, E. Spławska, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, s. 19.

Zakład opieki zdrowotnej jest to podmiot uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych²⁰². Świadczeniami zdrowotnymi nazywamy działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, a także działania medyczne wynikające z procesu leczenia²⁰³. Szerokie spektrum udzielanych świadczeń zdrowotnych pozwala na zaspakajanie indywidualnych potrzeb ludności. Różnorodność indywidualnych potrzeb danej populacji w zakresie świadczeń medycznych, społeczna waga i specyfika, a także waga zadań związanych z tymi świadczeniami, wywołuje konieczność eksponowania wymogu wysokiej jakości tych świadczeń²⁰⁴.

Omawiając kwestię świadczeń zdrowotnych należy przywołać proces zawierania umów z NFZ-em o udzielanie świadczeń przez zakłady opieki zdrowotnej²⁰⁵. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych powinna określać w szczególności:²⁰⁶

- rodzaj i zakres udzielanych świadczeń,
- warunki udzielania świadczeń,
- zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami,
- kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy,
- zasady rozpatrywania kwestii spornych i zażaleń.

Warto zaznaczyć, że zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych ogółowi ludności, ludności określonego obszaru lub określonej grupie, bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie oraz innych przepisach prawa lub umowie cywilnoprawnej.

Funkcjonowanie każdej placówki służby zdrowia jako jednostki organizacyjnej wiąże się z możliwością zatrudniania osób na stanowiska medyczne, administracyjne oraz

²⁰² Art. 4 ustawy o ZOZ-ach.

²⁰³ Do świadczeń wchodzących w zakres działalności medycznej zakładów można także zaliczyć: poradę lekarską, leczenie, terapię psychologiczną, rehabilitację leczniczą, opiekę nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, opiekę nad zdrowym dzieckiem, badanie diagnostyczne, analitykę medyczną, pielęgnację chorych, pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi, opiekę paliatywno-hospicyjną, orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia, zapobieganie powstawania urazów i chorób przez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, czynności techniczne z zakresu protetyki i ortodoncji oraz czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (za: T. Pęcińska, M. Łysiak, op.cit., s. 2).

²⁰⁴ J. Galicki, op.cit., s. 22.

²⁰⁵ Obecnie pozycję głównego płatnika w polskim systemie ochrony zdrowia zajmuje NFZ. Instytucja ta ogłasza konkurs ofert. Każdy oferent przystępując do takiego konkursu składa oświadczenie, iż akceptuje treść umowy. W przypadku braku złożenia takiego oświadczenia, NFZ dyskwalifikuje ofertę. Oferent nie ma możliwości negocjacji treści umowy, szczególnie tak ważnych kwestii, jak okresy rozliczeń, kary umowne czy możliwości potrąceń. Umowy, które zakład opieki zdrowotnej zawiera z NFZ-em są jawne. Zasada ta jest realizowana poprzez umieszczanie na stronie internetowej Funduszu informacji dotyczących zawartej umowy, uwzględniając rodzaj, liczbę i ceny zakupionych świadczeń oraz maksymalną kwotę zobowiązań NFZ-u wobec świadczeniodawcy, która wynika ze wszystkich zawartych umów.

²⁰⁶ Art. 75 ustawy o ZOZ-ach.

pomocnicze. W świetle przepisów kodeksu pracy to zakład opieki zdrowotnej jest pracodawcą. Natomiast organ założycielski może być pracodawcą jedynie dla kierownika zakładu²⁰⁷. Klasyczna formą zatrudnienia w zakładzie opieki zdrowotnej jest umowa o pracę, która jest umową starannego działania, a nie rezultatu (jak umowa o dzieło). Jednak coraz częściej pracodawca, także z sektora ochrony zdrowia, proponuje zamiast umowy o pracę, zawarcie umowy cywilnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych, opartej na zasadach umowy zlecenia.

Zakład opieki zdrowotnej, pełniący rolę pracodawcy, jest zobowiązany do regulowania za pracownika składek na ubezpieczenia społeczne. Jest także płatnikiem podatku dochodowego od osób fizycznych. Pracodawca jest nadzorowany i może być kontrolowany przez Państwową Inspekcję Pracy oraz Państwową Inspekcję Sanitarną²⁰⁸.

Aspekty prawne dotyczące funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej odgrywają istotną rolę dla pacjentów, którym gwarantują otrzymanie świadczeń zdrowotnych. Podkreślić należy, iż wykonawcami tych usług jest personel medyczny, zespół ludzi profesjonalnie przygotowanych do ich świadczenia, bez których działalność tychże zakładów nie byłaby możliwa.

Analizując literaturę przedmiotu zauważyć można, że nigdzie na świecie nie ma idealnego systemu opieki zdrowotnej (idealnego, czyli takiego, który byłby w stanie zaspokoić oczekiwania wszystkich osób z niego korzystających). Powoduje to, że nie można sprostać ciągle rosnącym potrzebom zdrowotnym oraz wymaganiom świadczeniodawców.

Wprowadzana reforma nie spełnia oczekiwań wszystkich pacjentów. Z jednej strony są pacjenci, którzy oczekują wysokiej jakości usług medycznych, zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej – niezależnie od ich kosztów²⁰⁹, natomiast z drugiej strony są zakłady opieki zdrowotnej, które powinny dbać o utrzymanie płynności finansowej, aby utrzymać się na rynku. Jest to trudne w sytuacji ciągle rosnących kosztów opieki medycznej i często trudnych relacji z NFZ-em (płatnikiem usług). Jak zauważa C. Włodarczyk, trudno jest stworzyć warunki efektywnego funkcjonowania z powodu braku możliwości przewidywania zdarzeń oraz z powodu braku dojrzałości zasad konkurencji²¹⁰.

Problemy, jakie napotykają zakłady opieki zdrowotnej, wynikają między innymi z limitowania usług medycznych przez NFZ. Powoduje to, że w pełni nie wykorzystuje się posiadanych zasobów – sprzętu i personelu. Zakłady opieki zdrowotnej powinny być

²⁰⁷ M. Dercz, H. Izdebski, op.cit., s. 178.

²⁰⁸ Z. Janku, E. Spławska, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, s. 29, 30-31.

²⁰⁹ M. Durlik, L. Rudnicka, *Zarządzanie integralne samodzielniego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, „Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej” 2001, nr 4, s. 21.

²¹⁰ C. Włodarczyk, *Samodzielny zakład opieki zdrowotnej w perspektywie polityki zdrowotnej*, w: *Samodzielne zakłady opieki zdrowotnej. Materiały konferencyjne*, Biuro Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej, Poznań 1995, s. 8.

finansowane na podstawie faktycznie zrealizowanych procedur medycznych, z uwzględnieniem amortyzacji, utrzymania infrastruktury, a także wynagrodzenia pracowników. Pozwoliłoby to na stabilizację systemu opieki zdrowotnej, a z perspektywy czasu, na oszacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na usługi medyczne²¹¹.

Kierownictwo szpitala coraz częściej zmuszane jest do szukania skutecznych narzędzi wspomagających zarządzanie organizacją. Złożyło się na to wiele czynników, m.in. wzrost konkurencyjności, nowe warunki prawne²¹², rozwój technologii informatycznych. Wszystko to sprawia, że zakłady opieki zdrowotnej, aby przetrwać na rynku, zmuszone są zmieniać zasady zarządzania swoimi zasobami (w tym również zasobami ludzkimi). Dalsze zmiany w zarządzaniu powinny sprzyjać próbom pogodzenia efektywności ekonomicznej

²¹¹ M. Kautsch, *Zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej*, w: *Zdrowie publiczne i zarządzanie*, red. W.C. Włodarczyk, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, t. 2, nr 2, Kraków 2004, s. 73.

²¹² Z dniem 1 lipca 2011 roku weszła w życie ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. nr 112, poz. 654), która zastąpiła ustawę z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 roku nr 14 poz. 89 ze zm.). Ustawa wprowadziła istotne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Określiła ona szczegółowo: 1) zasady wykonywania działalności leczniczej; 2) zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami; 3) zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą; 4) normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych; 5) zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (art. 1 ustawy o działalności leczniczej).

Ustawa wprowadziła również nowe pojęcia: podmiotów leczniczych oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zgodnie art. 4 ustawy podmiotami leczniczymi są: przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. nr 220, poz. 1447 j.t.) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. Obok pojęcia podmiotów leczniczych ustawa wprowadziła również szersze pojęcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, którymi są podmioty lecznicze jak i indywidualne i grupowe praktyki zawodowe lekarzy, pielęgniarek i położnych.

Ustawa o działalności leczniczej dopuszcza dalsze funkcjonowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, uznając je za podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorcami. Jednak – zgodnie z art. 204 – wyłączona została możliwość tworzenia nowych placówek, z wyjątkiem powstałych w wyniku połączenia już istniejących - na zasadach określonych w ustawie. Ponadto w ustawie zawarto przepisy dotyczące przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe.

Warto również podkreślić, że działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. W odniesieniu więc do placówek ochrony zdrowia planujących rozpocząć działalność leczniczą - niezbędne jest uzyskanie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Natomiast placówki aktualnie działające obowiązane są do dokonania zmian wpisów w rejestrze w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. Zaznaczyć należy, że zgodnie z przepisami przejściowymi ustawy o działalności leczniczej kierownicy podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, podmioty prowadzące zakłady opieki zdrowotnej w dniu wejścia w życie ustawy, a także osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej obowiązani są dostosować swoją działalność do przepisów ustawy w terminie 12 miesięcy od dnia jej wejścia w życie.

z efektywnością społeczną, przynajmniej w zakresie standardowych świadczeń zdrowotnych²¹³.

Wprowadzenie zasad konkurencji na rynku usług medycznych z pewnością przyczyni się do poprawy jakości realizowanych świadczeń, w tym również tych świadczeń, które mogą zaoferować pielęgniarki. To o nich mówi się, że są pracownikami pierwszego kontaktu i dlatego powinny świadczyć usługi na poziomie oczekiwanym przez pacjenta. Może to również wpłynąć pozytywnie na zdrowie, bezpieczeństwo i satysfakcję pacjentów leczonych w danym zakładzie opieki zdrowotnej. Wszystko to jednak zależy od wypracowania odpowiednich mechanizmów, które umożliwiłyby osobom zarządzającym skutecznie i efektywnie zarządzać zespołami pielęgniarskimi.

Zakład opieki zdrowotnej jest nie tylko wyodrębnionym organizacyjnie zespołem środków majątkowych, ale także zespołem osób, funkcjonujących w celu udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom. Podkreślić należy, iż kierownictwo zakładów opieki zdrowotnej szczególną uwagę powinno koncentrować na czynnikach wewnętrznych determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim – organizacyjnych i społecznych, na które ma wpływ. Z tego powodu konieczna stała się ich empiryczna weryfikacja.

²¹³ K. Dobrzański, *Zakład opieki zdrowotnej podstawowym ogniwem systemu. Aspekty organizacyjno-ekonomiczne*, w: *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, red. M.D. Głowacka. E. Mojs, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 119.

Rozdział 2.

Założenia badawcze

2.1. Cel pracy

Zasadniczym celem badania naukowego jest zdobycie wiedzy ścisłej, pewnej i ogólnej, a także prostej, o maksymalnej zawartości informacji²¹⁴. Wśród celów badań można wyróżnić:²¹⁵

- cele teoretyczno-poznawcze, które wiążą się z poznaniem określonej kategorii zjawisk oraz wykryciem ich związków, zależności oraz prawidłowości,
- cele praktyczno-wdrożeniowe łączą się z wykorzystaniem badań w działalności wychowawczej, kulturowej, społecznej lub innej formie aktywności ludzkiej.

Integralną częścią rozprawy są, obok studiów literaturowych przedstawionych w poprzednim rozdziale, badania empiryczne. Efektywność każdego badania empirycznego oraz wartość poznawcza uzyskana na podstawie jego wyników zależy w bardzo dużym stopniu od jakości wykorzystanego materiału statystycznego. Wykorzystywane dane w badaniu statystycznym mogą mieć charakter materiału pierwotnego lub materiału wtórnego. Za materiał pierwotny przyjmuje się specjalnie gromadzone dane do określonego badania²¹⁶. Wartość poznawczą tych materiałów zwiększa bezpośredni kontakt badającego ze środowiskiem, z którego pochodzą. Staje się to szczególnie ważne z punktu widzenia interpretacji zgromadzonych materiałów, a szczególnie ich oceny²¹⁷. Materiałami wtórnymi natomiast nazywamy dane gromadzone z innych powodów i wykorzystane w badaniach.

Każde badanie składa się z następujących etapów:²¹⁸

²¹⁴ J. Such, cyt. za T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Wyd. Żak, Warszawa, 2001, s. 23.

²¹⁵ Z. Skórny, *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki*, WSiP, Warszawa 1984, s. 65.

²¹⁶ M. Kędelski, I. Roeske-Słomka, *Statystyka*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1996, s. 34.

²¹⁷ T. Mendel, *Metodyka pisanie prac doktorskich*, wyd. 6 uakt. i rozsz., Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2004, s. 37.

²¹⁸ S. Kaczmarczyk, *Badania marketingowe. Metody i techniki*, PWE, Warszawa 2002, s. 48 i nast.

- 1) analiza i określenie problemu badawczego – dokładne określenie problemu badawczego należy do najważniejszych, wstępnych czynności każdego badacza,
- 2) dobór próby do badania. Etap ten obejmuje ustalenie: populacji badanej, jednostki próby, wykazu populacji badanej, liczebności próby, a także wybór metody doboru próby (losowy, nielosowy), zaplanowanie i pobranie próby,
- 3) wybór form pomiaru – wyróżnia się trzy podstawowe rodzaje pomiarów: pomiar wtórny, oparty na źródłach wtórnych, pomiar pierwotny sondażowy (obejmuje pierwotne sondaże pośrednie, m.in.: ankietę pocztową, ankietę prasową oraz pierwotne sondaże bezpośrednie, tj. wywiad osobisty, wywiad grupowy) oraz pomiar w formie eksperymentu (np. test audytoryjny),
- 4) wybór instrumentów pomiarowych – wyróżnia się dwie grupy instrumentów pomiarowych: instrumenty pomiarowe naturalne (zmysły) oraz sztuczne (konwencjonalne, tj. kwestionariusz ankietowy oraz mechaniczne, np.: kamera, komputer itd.),
- 5) wybór metod analiz danych – wybór metod zależy od zastosowanego procesu doboru próby, użytego instrumentu pomiarowego oraz form pomiaru,
- 6) zaplanowanie badania i określenie jego kosztów,
- 7) określenie wartości informacji otrzymanej z badania,
- 8) opracowanie propozycji badawczych.

W rozdziale tym przedstawiono wyniki badań empirycznych, przeprowadzone w latach 2008-2009. Polegały one na rozpoznaniu czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim w zakładach opieki zdrowotnej. Podjęcie tych badań wynikało z przeświadczenia, iż czynniki te wpływają na funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek, dzięki czemu odczuwają one harmonię pracy. Nieustanny proces przemian w szerokim obszarze stosunków społecznych, gospodarczych i politycznych powoduje również przeobrażenia edukacyjne, dość silnie wpływające na zachowania ludzi. To dzięki nim prawidłowy rozwój zawodowy, zorientowany „ku przyszłości”, umożliwia ludziom postępowania w sposób pożądaný z punktu widzenia i oczekiwań menedżerów.

Najbardziej pożądaný z punktu widzenia efektywności działań organizacyjnych będzie taki model kierownika zespołu pielęgniarskiego, który charakteryzuje się wysokim stopniem zaangażowania ludzi w realizację przyjętych przez organizację działań²¹⁹.

²¹⁹ Zagadnienie to poruszał m.in. T. Mendel, który podejmując próbę innego spojrzenia nazwał je partycypacją, odchodząc od wąskiego jej rozumienia, kojarzonego z udziałem pracowników w zarządzaniu, na rzecz bardzo szerokiego rozumienia tego terminu. Jego zdaniem partycypują wszyscy, którzy mogą wywierać jakikolwiek

W oparciu o literaturę przedmiotu stwierdzono, że błędem byłoby utożsamianie problemu efektywności kierowania zespołem pielęgniarskim w zakładach opieki zdrowotnej wyłącznie z aspektami ekonomicznymi, chociaż niewątpliwie kategoria efektywności należy do grupy zagadnień, które w obszarze nauk ekonomicznych są jednymi z najczęściej przytaczanych i wykorzystywanych do opisu procesów gospodarowania przez podmioty funkcjonujące w gospodarce rynkowej²²⁰. Przypuszczać należy, że na efektywność kierowania zespołem pracowniczym wpływa wiele czynników, które można zaliczyć do dwóch grup – endogennych (wewnętrzne) i egzogennych (zewnętrzne).

W zespole pracowniczym tkwi ogromny potencjał i możliwości, które trzeba wydobyć. Tylko dobry kierownik jest w stanie zmotywować pracowników do efektywnej pracy poprzez zastosowanie odpowiednich motywatorów. Ich znaczenie nie musi być takie same – każdy z nich może być mniej lub bardziej ważny od pozostałych. Z tego powodu, na potrzeby niniejszej dysertacji, podjęto próbę zbadania tylko wybranych czynników wpływających na efektywność kierowania zespołem.

Podjmując próbę systematyzacji i podziału czynników wpływających na efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim, wzięto pod uwagę następujące założenia:

- 1) problem czynników efektywności kierowania zespołem pielęgniarskim może być rozpatrywany na gruncie wiedzy psychologicznej,
- 2) możliwe jest stworzenie modelu efektywności zawodowej kierownika zespołu pielęgniarskiego,
- 3) doprecyzowanie definicji ‘efektywny zespół pielęgniarski w zakładzie opieki zdrowotnej’ możliwe jest po przeprowadzeniu badań własnych.

Na bazie własnych doświadczeń zawodowych²²¹ oraz na podstawie studiów literaturowych dokonano podziału czynników egzogennych i endogennych, determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim.

wpływ na działalność przedsiębiorstwa. w: T. Mendel, *Partycypacja w zarządzaniu współczesnymi organizacjami*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2002, s. 8.

²²⁰ R. Matwiejczuk, *Efektywność – próba interpretacji*, „Przegląd Organizacji” 2000, nr 1, s. 27.

²²¹ Autorka dysertacji związana jest zawodowo z zawodem pielęgniarki od 1990 roku zarówno na stanowisku pielęgniarki odcinkowej, jak i oddziałowej.

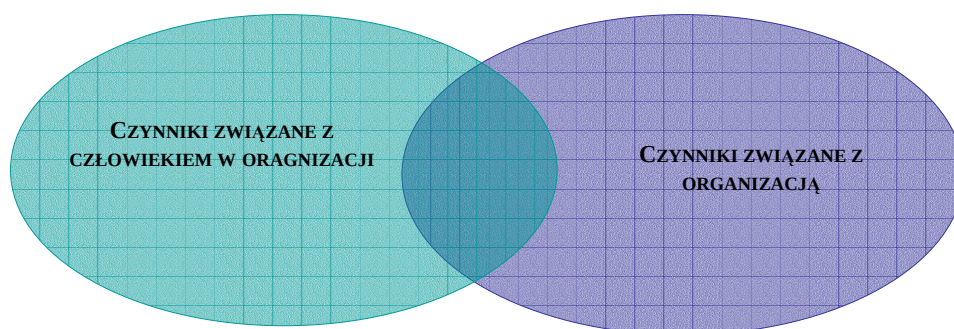
TABELA 9. PODZIAŁ CZYNNIKÓW DETERMINUJĄCYCH EFEKTYWNOŚĆ KIEROWANIA

Czynniki egzogenne	Czynniki endogenne
– czynniki ekonomiczne – czynniki techniczne – czynniki technologiczne – czynniki polityczno-prawne	czynniki psychologiczne a. klimat organizacji b. styl kierowania c. system wartości d. styl komunikacji

Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę zweryfikowany obszar badawczy, badania własne zawężono wyłącznie do czynników **psychologicznych** – endogennych. Jednocześnie uznano, że czynniki egzogenne mają swój niepowtarzalny wpływ na efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim, jednakże nie były one przedmiotem planowanego badania.

Wobec powyższego analiza wybranych czynników kształtujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim ułożona została w dwóch głównych obszarach, przedstawionych na poniższym rysunku.

**RYСУNEK 6. PODZIAŁ CZYNNIKÓW ENDOGENNYCH – MODEL I**

Źródło: opracowanie własne

Do czynników związanych z organizacją zaliczyć można: klimat organizacyjny, styl kierowania i styl komunikacji. Z kolei do czynników związanych z człowiekiem w organizacji zaliczamy uznawany system wartości. Podkreślić jednak należy, iż zaprezentowane powyżej obszary czynników endogennych należy rozpatrywać łącznie, gdyż tylko całościowa analiza pozwoli rozpoznać zależności pomiędzy nimi, co w konsekwencji doprowadzi do realizacji celów szczegółowych niniejszej dysertacji.

Celem głównym pracy jest identyfikacja czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim oraz określenie ich znaczenia dla funkcjonowania zawodowego pielęgniarek w zakładach opieki zdrowotnej. W ramach tak sformułowanego celu głównego, wyodrębniono następujące **cele szczegółowe**:

- 1) ukazanie psychologicznych czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim,
- 2) zaprezentowanie modelu ukazującego mierniki efektywności zawodowej kierownika zespołu pielęgniarskiego,
- 3) zdefiniowanie pojęcia efektywnego kierowania zespołem pielęgniarskim w zakładach opieki zdrowotnej,
- 4) wskazanie potencjalnych możliwości wykorzystania ww. modelu w kształtowaniu efektywnego funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

Przedstawiony cel pracy wymaga sprecyzowania problematyki badawczej. Podstawowym warunkiem podjęcia badań jest uświadomienie problemu. Wybitny polski socjolog S. Nowak przyjmuje, że *problem badawczy to tyle, co pewne badanie lub zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie*²²². Według J. Pietera problem naukowy jest *subiektywnym odzwierciedleniem obiektywnych niedostatków w danej nauce (...) jest swoistym pytaniem, a jako takie zakłada pewną wiedzę: coś się wie formułując problem, a czegoś się nie wie i właśnie chodzi o to, aby się tego dowiedzieć, czyli aby poznać prawdę w obrębie tego czego się nie wie*²²³.

Rozstrzygnięcie problemu badawczego może mieć dwojakie konsekwencje. Po pierwsze może przynieść określone korzyści praktyczne, po wtóre doprowadzić do ważnych ustaleń naukowo-poznawczych²²⁴.

Niezbędnym warunkiem uzyskania odpowiedzi na poniższe pytania było przede wszystkim dostatecznie jednoznaczne sformułowanie samego **problemu badawczego**. Problemy badawcze, niezależnie od obszaru, do którego się odnoszą, sprowadzają się do szukania dwojakiego rodzaju informacji:²²⁵

- o cechach pewnych przedmiotów czy zdarzeń lub wartościach zmiennych je charakteryzujących,
- o charakterze i układzie relacji między tymi przedmiotami czy cechami je charakteryzującymi.

²²² Cyt. za J. Brzeziński, *Metodologia badań psychologicznych*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. 214.

²²³ J. Pieter, *Zarys metodologii pracy naukowej*, PWN, Warszawa 1975, s. 35.

²²⁴ T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Wyd. Żak, Warszawa 1995, s. 24.

²²⁵ *Metody badań socjologicznych*, red. S. Nowak, PWN, Warszawa 1965, s. 18.

Założono, że osiągnięcie powyższych celów badawczych mogło mieć miejsce tylko przy uzyskaniu odpowiedzi na następujące **pytania badawcze**.

- 1) Klimat organizacyjny i system wartości a funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek:
 - a) Czy występują różnice w zakresie uznawanych wartości ostatecznych i instrumentalnych pomiędzy pielęgniarkami reprezentującymi poszczególne rodzaje zakładów opieki zdrowotnej?
 - b) Czy występują różnice w zakresie wymiarów klimatu organizacyjnego pomiędzy pielęgniarkami w zależności od rodzaju zakładu opieki zdrowotnej?
 - c) Czy rodzaj zakładu opieki zdrowotnej modyfikuje zależności pomiędzy klimatem organizacyjnym a systemem wartości pielęgniarek?
 - d) Czy wiek, staż pracy, wykształcenie, zajmowane stanowisko wpływa na klimat organizacyjny i system wartości pielęgniarek w danym zakładzie opieki zdrowotnej?
- 2) Klimat organizacyjny i styl kierowania a funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek:
 - a) Czy zachodzą różnice pod względem preferowanego stylu kierowania w poszczególnych rodzajach zakładów opieki zdrowotnej?
 - b) Czy klimat organizacyjny ma wpływ na wybór stylu kierowania w zakładach opieki zdrowotnej?
 - c) Czy wiek, staż pracy, wykształcenie, zajmowane stanowisko wpływa na klimat organizacyjny i styl kierowania pielęgniarek w danym zakładzie opieki zdrowotnej?
- 3) Klimat organizacyjny i preferowane style komunikacji a funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek:
 - a) Czy zachodzą różnice pod względem stosowanego stylu komunikacji w poszczególnych rodzajach zakładów opieki zdrowotnej?
 - b) Czy klimat organizacyjny ma wpływ na wybór stylu komunikacji w zakładach opieki zdrowotnej?
 - c) Czy wiek, staż pracy, wykształcenie, zajmowane stanowisko wpływa na klimat organizacyjny i styl komunikacji pielęgniarek w danym zakładzie opieki zdrowotnej?

Identyfikacja psychologicznych czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim pozwala na sformułowanie następujących **celów aplikacyjnych**:

- 1) wskazanie czynników, które w największym stopniu wpływają na poprawę efektywności kierowania zespołem pielęgniarskim, pozwalających na wprowadzenie mechanizmów wczesnego ostrzegania o ewentualnych zagrożeniach w organizacji,
- 2) ukazanie tych czynników, które w największym stopniu wpływają na poprawę efektywności kierowania zespołem pielęgniarskim, pozwalających na dostrzeżenie szans płynących z otoczenia,
- 3) zdiagnozowanie „słabych ogniw” kierowania zespołem pielęgniarskim w organizacji, które przyczyniają się do niskiej efektywności.

2.2. Hipotezy badawcze

Z dobrze postawionego problemu powinna jasno wynikać hipoteza badawcza, jako odpowiedź na pytanie zawarte w problemie. W literaturze można znaleźć różne określenia pojęcia hipoteza. Według T. Kotarbińskiego *hipotezą nazywa się wszelkie twierdzenia częściowo tylko uzasadnione, przeto także wszelki domysł, za pomocą którego tłumaczymy dane fakty, a więc też i domysły w postaci uogólnienia, osiągniętego (...) na podstawie danych wyjściowych*²²⁶. Jest również pierwszym i koniecznym elementem naukowego badania jakiegokolwiek wycinka rzeczywistości, podejmowanym w celu wyjaśnienia źródła pojawiania się nowych zdarzeń czy też w celu określenia powszechnie znanych faktów poprzez wskazanie ich pełnego uwarunkowania²²⁷. Jest każdą możliwą odpowiedzią na postawione pytanie badawcze²²⁸.

Zadania hipotezy polegają na tym, by z różnych elementów zbudować całość, złączyć wszystko, co potrzebne, a odsunąć od udziału wszystko, co zbędne. W zbiorze elementów zaprowadzić taki określony porządek, aby należycie zróżnicować funkcje elementów i ustanowić między nimi system zależności.

Dokonując uzasadnienia wyboru problemu badawczego, a następnie przygotowując się do przeprowadzenia badań własnych, przyjęto następującą **hipotezę główną**:

Istnieje zależność pomiędzy czynnikami determinującymi efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim a funkcjonowaniem zawodowym pielęgniarek w zakładach opieki zdrowotnej.

²²⁶ T. Kotarbiński cyt. za: T. Pilch, op.cit., s. 26.

²²⁷ W. Dutkiewicz, *Podstawy metodologii badań*, wyd. 5 popr., Wyd. Stachurski, Kielce 2001, s. 17.

²²⁸ J.L. Kulikowski, *Komputery w badaniach doświadczalnych*, PWN, Warszawa 1993, s. 12.

Przyjęto również następujące **hipotezy szczegółowe**, dotyczące czynników psychologicznych.

- 1) Klimat organizacyjny i system wartości a funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek:
 - a) zachodzą istotne różnice w zakresie uznawanych wartości ostatecznych i instrumentalnych pomiędzy pielęgniarzami reprezentującymi poszczególne rodzaje zakładów opieki zdrowotnej,
 - b) występują różnice w zakresie wymiarów klimatu organizacyjnego pomiędzy pielęgniarzami w zależności od rodzaju zakładu opieki zdrowotnej,
 - c) rodzaj zakładu opieki zdrowotnej modyfikuje zależności pomiędzy klimatem organizacyjnym a systemem wartości pielęgniarek,
 - d) zachodzi istotny związek pomiędzy klimatem organizacyjnym i systemem wartości pielęgniarek z różnych zakładów opieki zdrowotnej a wiekiem, stażem pracy, wykształceniem, zajmowanym stanowiskiem w danym zakładzie opieki zdrowotnej.
- 2) Klimat organizacyjny i styl kierowania a funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek:
 - a) zachodzą istotne różnice pod względem preferowanego stylu kierowania w poszczególnych rodzajach zakładów opieki zdrowotnej,
 - b) klimat organizacyjny ma istotny wpływ na wybór stylu kierowania w zakładach opieki zdrowotnej,
 - c) zachodzi istotny związek pomiędzy klimatem organizacyjnym i stylem kierowania pielęgniarek z różnych zakładów opieki zdrowotnej a wiekiem, stażem pracy, wykształceniem, zajmowanym stanowiskiem w danym zakładzie opieki zdrowotnej.
- 3) Klimat organizacyjny i preferowane style komunikacji a funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek:
 - a) zachodzą istotne różnice pod względem stosowanego stylu komunikacji w poszczególnych rodzajach zakładów opieki zdrowotnej,
 - b) klimat organizacyjny ma istotny wpływ na wybór stylu komunikacji w zakładach opieki zdrowotnej,
 - c) zachodzi istotny związek pomiędzy klimatem organizacyjnym i stylem komunikacji pielęgniarek z różnych zakładów opieki zdrowotnej a wiekiem, stażem pracy, wykształceniem, zajmowanym stanowiskiem w danym zakładzie opieki zdrowotnej.

2.3. Metody badawcze

W przedmiotowym badaniu ustalono, iż:

- 1) zbiorowość generalna to pielęgniarki pracujące w szpitalach o różnym stopniu referencyjności,
- 2) jednostka statystyczna to pielęgniarka zatrudniona na podstawie umowy o pracę w zakładzie opieki zdrowotnej,
- 3) liczebność próby – 249 pielęgniarek.

Badaniem zostały objęte aktywne zawodowo pielęgniarki, zatrudnione w szpitalach o różnym stopniu referencyjności na terenie województwa wielkopolskiego. W badaniu zastosowano dobór losowy jednostek²²⁹, a warunkiem uczestnictwa była zadeklarowana zgoda respondentek na udział w nich. Termin przeprowadzenia badań rozpoczęto w październiku 2008 roku, a zakończono w czerwcu 2009 roku²³⁰.

Jako główną formę pomiaru respondentów przyjęto pomiar pierwotny sondażowy, a spośród tej grupy pomiar sondażowy bezpośredni i pośredni. Metodą pomiaru bezpośredniego były kilkuletnie obserwacje własne autorki w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych na stanowisku pielęgniarki. Zostały one potraktowane jako pomiar dodatkowy i uzupełniający. Właściwy dobór metody i techniki badawczej podyktowany został wymienionymi powyżej przyjętymi problemami badawczymi, wynikającymi bezpośrednio z celu planowanych badań. Sprecyzowanie problemu badawczego wymagało ustalenia charakteru zmiennych i interesujących autorkę relacji między nimi, tylko wtedy bowiem można było dokonać właściwego wyboru technik badawczych.

Istotną cechą metody jest jej celowość²³¹, a więc traktowanie jej jako środka do osiągnięcia wyznaczonego celu badawczego. Metody muszą prowadzić zawsze do zamierzonych rezultatów. Jest więc ona pojęciem szerokim, a w jej ramach mieści się technika badawcza rozumiana jako szczegółowe zagadnienia dotyczące sposobu zbierania danych oraz ich opracowania.

²²⁹ Na fakt doboru losowego jednostek do badania zwraca uwagę m.in. Z. Pawłowski (*Statystyka matematyczna*, wyd. 2, PWN, Warszawa 1980, s. 13) pisząc: *próba statystyczna może mieć różny charakter i w różny sposób może być pobierana. Niezależnie od konkretnego, szczegółowego sposobu jej dobierania, zasadniczym postulatem jest, że musi to być próba losowa, a więc przypadek, a nie świadomy wybór i decyzja osoby przeprowadzającej badania statystyczne, musi decydować, które wyniki wejdą do próby.*

²³⁰ Ogólna liczba wypełniających ankietę to 270 osób. Z uwagi na braki formalne odrzucono 21 ankiet.

²³¹ J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, wyd. 6 zm. i uzupeł., Wyd. Naukowe Śląsk, Katowice 2005, s. 21.

Badania naukowe przeprowadzono za pomocą metod²³² i narzędzi dostosowanych do celu²³³, jak również przedmiotu badań.

W przypadku zastosowania techniki wywiadu kwestionariuszowego niezwykle istotne stało się prawidłowe zastosowanie narzędzia badawczego – standaryzowanego kwestionariusza wywiadu (kwestionariusza ankiety). W niniejszym badaniu zastosowano następujące kwestionariusze ankiety.

- 1) „Diagnoza klimatu organizacyjnego”²³⁴ – kwestionariusz stworzony przez D.A. Kolba w 1972 roku. Został przetłumaczony i opatrzony komentarzem przez B. Kożusznik i T. Jezierskiego w 1984 roku, natomiast badania walidacyjne przeprowadził S. Chęłpa w 1993 roku²³⁵. Badanie obejmuje siedem wymiarów klimatu organizacyjnego – konformizm, odpowiedzialność, wymagania, nagrody, zorganizowanie, poczucie ciepła i poparcia, kierowanie. Poziom poszczególnych wymiarów klimatu przyjmował wartości od 1 do 10. Zadaniem badanych było zaznaczenie aktualnie panującego i oczekiwanego klimatu. Do analizy posłużyła różnica pomiędzy tymi dwoma wymiarami klimatu organizacyjnego (załącznik nr 1). Na tej podstawie można stwierdzić, czy organizacja zaspokaja potrzeby pracowników, czy też nie.
- 2) „Twój styl komunikacji”²³⁶ – kwestionariusz ukazujący zachowania badanych osób w kontaktach międzyludzkich. Budowę kwestionariusza stanowi 18 par stwierdzeń (A i B), pomiędzy którymi badana osoba rozdziela 3 punkty na podstawie przekonania, że tak właśnie zachowuje się w sytuacjach, kiedy rozmawia z innymi ludźmi. Przydzielone punkty przeniesiono na klucz dołączony do kwestionariusza, następnie zsumowano je uzyskując w ten sposób odpowiedź co do preferowanego stylu komunikacji badanych osób (załącznik nr 2).

²³² Metoda badawcza to zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego, A. Kamiński, *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*, „Studia Pedagogiczne” 1970, t. XIX, s. 31-37. W węższym znaczeniu termin metoda zastępuje się terminem technika.

²³³ Narzędzie badawcze jest przedmiotem służącym do realizacji wybranej techniki badawczej; T. Pilch, op.cit., s. 42.

²³⁴ B. Kożusznik, *Zachowania człowieka w organizacji*, s. 226.

²³⁵ D.A. Kolb, *Organisational psychology. An experimental approach*, Prentice-Hall Englewood Cliffs, New Jersey 1972 za: A. Lipińska-Grobelny, *Klimat organizacyjny a preferowane style komunikowania się w środowisku pracy*, w: *Klimat organizacyjny i jego konsekwencje dla funkcjonowania zawodowego pracowników*, red. A. Lipińska-Grobelny, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2007, s. 96.

²³⁶ S. Robbins, P. Hunsaker, *Training in interpersonal skills*, Prentice Hall, New Jersey 1996 za: B. Kożusznik, *Kierowanie zespołem pracowniczym*, s. 179.

- 3) „Styl kierowania”²³⁷ – pozwolił poznać preferowany styl kierowania zarówno osób badanych, jak i ich przełożonego. Ankieta składa się z stwierdzeń ułożonych w bloki, po trzy w każdym. Badani mieli uszeregować od 1 do 3 jedenaście stwierdzeń, gdzie:

ocena 1 – dane stwierdzenie odpowiada mi najbardziej,

ocena 2 – dane stwierdzenie średnio mi odpowiada,

ocena 3 – dane stwierdzenie najmniej mi odpowiada,

oraz osiem stwierdzeń opisujących mniej pożądane zachowania kierownicze.

Dokonując uporządkowania tych ostatnich, osoby badane kierowały się zasadą: Co wybrałbyś z trojga złego? Stwierdzeniu najbardziej odpowiadającemu należało przypisać ocenę 1, kolejnemu – 2, a najmniej odpowiadającemu ocenę 3. Po zakończeniu badania wyniki umieszczono w kluczu uzyskując odpowiedź, jaki styl kierowania preferuje osoba badana (załącznik nr 3).

- 4) „Skala wartości Rokeacha”²³⁸ – jest adaptacją amerykańskiego testu Rokeach Value Survey (RVS) wersji E. Prace adaptacyjne były prowadzone przez P. Brzozowskiego w latach 1978-1982. Składa się z dwóch zbiorów, z których każdy obejmował 18 pojedynczych wartości. Pierwszy z nich to wartości ostateczne, odnoszące się do pożądanych ostatecznych celów egzystencji, natomiast drugi – wartości instrumentalne – odnosi się do preferowanych sposobów zachowań lub środków służących do osiągnięcia wartości ostatecznych. Uszeregowane przez osoby badane wg hierarchii ważności wartości pozwoliły poznać, które są dla nich najważniejsze (załącznik nr 4).

Ponadto respondenci wypełniali metryczkę (składająca się z pięciu pytań dotyczących wieku, stażu pracy, stanowiska, wykształcenia oraz rodzaju zakładu opieki zdrowotnej, w którym pracują osoby badane. Uzyskane informacje pozwoliły na pozyskanie danych socjodemograficznych osób biorących udział w badaniach (załącznik nr 5).

Do analizy materiału empirycznego wykorzystano program komputerowy Statistica 6.0. Testy statystyczne przeprowadzono na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Zastosowano następujące metody statystyczne:²³⁹

²³⁷ B. Kożusznik, *Kierowanie zespołem pracowniczym*, s. 77.

²³⁸ P. Brzozowski, *Polska wersja testu wartości Rokeacha i jej teoretyczne podstawy*, „Przegląd Pedagogiczny” 1993, nr 2 oraz M. Rokeach, *The Nature of Human Values*, The Free Press, New York 1973 cyt za: S.P. Robbins, op.cit., s. 30.

²³⁹ A. Stanisław, *Podstawy statystyki dla prowadzących badania naukowe*, „Medycyna Praktyczna” 1999, nr 10; J. Koronacki, J. Mielniczuk, *Statystyka dla studentów kierunków technicznych i przyrodniczych*, Wyd. Naukowo-

- a) analiza wariancji – służy do porównania dwóch lub więcej grup pod względem poziomu zmiennej ilościowej. Istotność testu F oznacza istotną różnicę między grupami. Jednak, gdy grup jest więcej niż dwie, aby stwierdzić, które z nich rzeczywiście się różnią, należy wykonać jeszcze testy POST-HOC;
- b) test POST-HOC Duncana – stosowany po wykonaniu analizy wariancji dla więcej niż dwóch grup, w przypadku, gdy analiza wariancji była istotna, w celu uzyskania odpowiedzi na pytanie, które konkretnie grupy okazały się różne. Test porównuje każdą grupę z każdą;
- c) test Kruskala-Wallisa – nieparametryczny odpowiednik analizy wariancji, stosowany w przypadku, kiedy nie można policzyć testu F (nierównoliczne grupy lub badana zmienna o rozkładzie różnym od rozkładu normalnego);
- d) współczynnik korelacji Spearmana jest miarą zależności dwóch zmiennych, mierzonych w skali porządkowej, celem oceny ich kierunku. Przyjmuje wartości z przedziału $[-1,1]$ – im jest on bliższy wartości 1 lub -1, tym silniejsza jest zależność między opisywanymi zmiennymi. Wartość 0 oznacza niezależność zmiennych;
- e) t-studenta – służy do porównania dwóch grup pod względem poziomu zmiennej ilościowej. Istotność testu F oznacza istotną różnicę między grupami.

Wartość poznawcza każdego badania empirycznego w bardzo dużym stopniu zależy od jakości wykorzystanego materiału statystycznego. Mogą mieć one charakter materiału pierwotnego²⁴⁰ oraz materiału wtórnego²⁴¹.

2.4. Procedura badawcza

Problem czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim analizowano przede wszystkim w oparciu o literaturę z zakresu ekonomii, zarządzania i psychologii. Na ich podstawie przeanalizowano konstrukcje pojęciowe oraz zdefiniowano zakres czynników wpływających na efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim w zakładach opieki zdrowotnej. Uzyskane informacje pozwoliły wzbogacić

Techniczne, Warszawa 2001, s. 476-478; A. Stanisławski, *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z medycyny*, t. 1: *Statystyki podstawowe*, StatSoft Polska, Kraków 2006.

²⁴⁰ Materiał pierwotny to specjalnie gromadzone dane do określonego badania, gdzie wartość poznawczą tych materiałów zwiększa bezpośredni kontakt badającego ze środowiskiem, z którego pochodzą. Staje się to szczególnie ważne z punktu widzenia interpretacji zgromadzonych materiałów, a szczególnie ich oceny. Na temat gromadzenia danych zob. więcej M. Kędzierski, I. Roeske-Słomka, op.cit., s. 34. T. Mendel, *Metodyka pisania prac doktorskich*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2004, s. 37.

²⁴¹ Materiał wtórny to literatura i opracowania bibliograficzne, a także inne materiały statystyczne, monografie, artykuły.

poznane dotąd analizy i poszerzyć możliwości interpretacji zjawisk zachodzących w zakładach opieki zdrowotnych.

W obecnym rozdziale analizie poddano wyłącznie psychologiczne czynniki determinujące efektywność kierowania zespołem pielęgniariskim w zakładach opieki zdrowotnej, tj. klimat organizacyjny, styl kierowania, styl komunikacji oraz system wartości. Wnioski, wynikające z przeprowadzonych badań ankietowych, zostały sformułowane na podstawie wyników otrzymanych podczas statystycznej analizy danych. W pierwszej kolejności dokonano statystyki opisowej klimatu organizacyjnego aktualnego (obecnie panującego) i idealnego (takiego, jakiego chciałyby doświadczyć osoby badane), uwzględniając takie parametry, jak: minimum, maksimum, średnia i odchylenie standardowe (tabela 15). W każdym z siedmiu podanych wymiarów klimatu organizacyjnego (konformizm, odpowiedzialność, wymagania, nagrody, zorganizowanie, poczucie ciepła i poparcia, kierowanie) badane osoby zostały poproszone o umieszczenie litery A nad numerem skali (od 1 do 10), który według ich oceny odpowiadał obecnemu stanowi organizacji (zespołu), oraz literę I nad numerem, który według ich opinii powinien odpowiadać stanowi idealnemu organizacji (zespołu) w tym wymiarze. Dane te pozwoliły zwrócić uwagę na braki w poszczególnych wymiarach klimatu organizacyjnego (różnica pomiędzy aktualnym a idealnym klimatem organizacyjnym). Następnie przeprowadzono analizę wariancji dla poszczególnych wymiarów klimatu organizacyjnego aktualnie panującego (tabela 16) i ich ocenę wg testów POST-HOC Duncana.

Jako drugi został zbadany uznawany system wartości w zespołach pielęgniariskich. Badane osoby układały w kolejności 18 stwierdzeń, które charakteryzują środki, za pomocą których można osiągnąć swoje cele życiowe, zaczynając od tych, przy pomocy których najbardziej chciałyby je osiągnąć, a kończąc na tych, które odpowiadały im w najmniejszym stopniu jako środki do realizacji tych celów. Ponadto, poproszono badanych o ułożenie 18 stwierdzeń, które charakteryzują uznawane wartości instrumentalne. Po przeczytaniu wszystkich określeń, osoby badane ustaliły ich kolejność, poczynając od tych, które najbardziej je charakteryzują, do tych, które najmniej im odpowiadały. Do zbadania różnic statystycznych dla systemu wartości ostatecznych i instrumentalnych i rodzajem ZOZ-u zastosowano test Kruskala-Wallisa. Mając powyższe dane autorka dysertacji poddała analizie obecność związków pomiędzy klimatem organizacyjnym a systemem wartości pielęgniarisk za pomocą zestawienia współczynników korelacji Spearmana (tabela 18 i 20).

Następnie zbadano różnice pod względem preferowanego stylu kierowania w poszczególnych rodzajach zakładów opieki zdrowotnej za pomocą testu Kruskala-Wallisa.

Ankieta zawierała stwierdzenia dotyczące różnych zachowań kierownika w pracy. Badani najpierw zaznaczali te stwierdzenia, które dotyczyły ich własnego wyobrażenia o idealnym szefie (pytania od 1 do 11), a następnie te, opisujące mniej pożądane zachowania kierownicze (pytania od 12 do 20).

Zależności pomiędzy klimatem organizacyjnym a stylem kierowania zbadano za pomocą analizy wariancji, a następnie dokonano oceny za pomocą testów POST-HOC Duncana. Za pomocą analizy wariancji dokonano również oceny klimatu organizacyjnego w relacji do stylów komunikowania się pielęgniarek oraz rodzajów ZOZ-ów.

Do analizy związku pomiędzy badanymi czynnikami a danymi zamieszczonymi w metryczce użyto analiz wariancji ANOVA, testów H. Kruskala-Wallisa, testów t-studenta oraz współczynnika korelacji Spearmana.

Wszystkie kwestionariusze ankiety użyte podczas zbierania poniższego materiału badawczego znajdują się w aneksie na końcu niniejszego opracowania.

2.5. Charakterystyka badanych pielęgniarek

Badanie przeprowadzono na terenie województwa wielkopolskiego na próbie 249 pielęgniarek. Wszystkie ankietowane osoby, oprócz ankiet dotyczących czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim, które obejmowały cztery płaszczyzny – klimat organizacyjny, styl komunikacji, styl kierowania i system wartości – wypełniły metryczkę. Składała się ona z pytań – wiek, staż pracy, stanowisko, wykształcenie, rodzaj zakładu opieki zdrowotnej, w którym pracuje. Uzyskane informacje pozwoliły na pozyskanie danych socjodemograficznych osób biorących udział w badaniach.

Strukturę grup badawczych wg przyjętych kryteriów prezentują poniższe tabele.

STRUKTURA BADANEJ GRUPY

1) Wiek

TABELA 10. STRUKTURA BADANEJ ZBIOROWOŚCI WG WIEKU

Wiek	Liczebność	%
20-30 lat	106	42,6
31-40 lat	86	34,5
41-50 lat	57	22,9
Ogółem	249	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Badaną zbiorowość charakteryzuje dość duże zróżnicowanie pod względem wieku. Największy udział stanowiły osoby w wieku 20-30 lat (42,6%), a najmniejszy osoby w wieku 41-50 lat (22,9%).

2) Staż w zawodzie

TABELA 11. STRUKTURA BADANEJ ZBIOROWOŚCI WG STAŻU W ZAWODZIE

Wiek	Liczebność	%
0-5 lat	43	17,3
6-10 lat	23	9,2
11-15 lat	115	46,2
16-20 lat	26	10,4
21-25 lat	31	12,4
26-30 lat	11	4,4
Ogółem	249	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

W badanej zbiorowości dominują osoby ze stażem w zawodzie między 11-15 lat – stanowi to około 46% badanej zbiorowości. Najmniejszy udział stanowią osoby ze stażem pomiędzy 16-30 lat – 4,4%.

3) Wykształcenie

TABELA 12. STRUKTURA BADANEJ ZBIOROWOŚCI WG WYKSZTAŁCENIA

Wyszczególnienie	Liczebność	%
Dyplom pielęgniarstwa	119	47,8
Licencjat	112	45,0
Wyższe studia pielęgniarstwa	18	7,2
Ogółem	249	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

W badanej grupie największy udział stanowiły osoby z wykształceniem średnim – 47,8%. Podkreślić również należy, że 112 osób (45%) legitymowało się wykształceniem wyższym (licencjat), a najmniejszy udział stanowiły osoby, które ukończyły wyższe studia pielęgniarstwa (7,2%).

4) Zajmowane stanowisko

TABELA 13. STRUKTURA BADANEJ ZBIOROWOŚCI WG ZAJMOWANEGO STANOWISKA

Wyszczególnienie	Liczebność	%
Pielęgniarka odcinkowa	230	92,4
Pielęgniarka oddziałowa	19	7,6
Ogółem	249	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Największy udział stanowiły pielęgniarki odcinkowe – 230 osoby, co stanowiło 92,4%. Zdecydowany mniejszy udział (7,6%) stanowiły pielęgniarki oddziałowe.

5) Rodzaj zakładu opieki zdrowotnej

TABELA 14. STRUKTURA BADANEJ ZBIOROWOŚCI WG RODZAJU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rodzaj szpitala	Liczebność	%
Kliniczny	98	39,4
Powiatowy	57	22,9
Wojewódzki	94	37,8
Ogółem	249	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

W badanej zbiorowości dominowały osoby zatrudnione w szpitalu klinicznym i wojewódzkim – odpowiednio 39,4% i 37,8%. Najmniejszy udział stanowiły osoby zatrudnione w szpitalu powiatowym – 22,9%.

W kolejnym rozdziale zostaną zaprezentowane wyniki badań dotyczące czynników psychologicznych determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim.

Rozdział 3.

Wyniki badań

3.1. Klimat organizacyjny i system wartości pielęgniarek a ich funkcjonowanie zawodowe

Jednym z podstawowych czynników decydujących o efektywności kierowania zespołem pielęgniarskim jest klimat organizacyjny. Z uwagi na to, że przedmiotem działań pielęgniarek są ludzie, istotnym staje się oznaczenie uznawanych przez nie wartości. Ich literaturową charakterystykę ukazano w rozdziale pierwszym niniejszej dysertacji. Wyniki przeprowadzonych badań przedstawiono poniżej.

3.1.1. Wymiary klimatu organizacyjnego w zależności od rodzaju zakładu opieki zdrowotnej

Przystępując do analizy klimatu organizacyjnego warto wspomnieć, że jest to *zbiór subiektywnie postrzeganych przez uczestników organizacji cech, będących względnie trwałymi skutkami funkcjonowania organizacji oraz kształtujących motywy zachowań jej pracowników*²⁴².

W kwestionariuszu zamieszczono siedem wymiarów klimatu organizacyjnego: *konformizm, odpowiedzialność, wymagania, nagrody, zorganizowanie, poczucie ciepła i poparcia, kierowanie*. Poziom poszczególnych wymiarów klimatu przyjmował wartości od 1 do 10. Zadaniem badanych pielęgniarek było zaznaczenie aktualnie panującego klimatu (A) i oczekiwanego (I). Dokonano statystyki opisowej klimatu organizacyjnego, a w niej uwzględniono takie parametry jak: minimum, maksimum, średnia i odchylenie standardowe, co przedstawiono w poniższej tabeli.

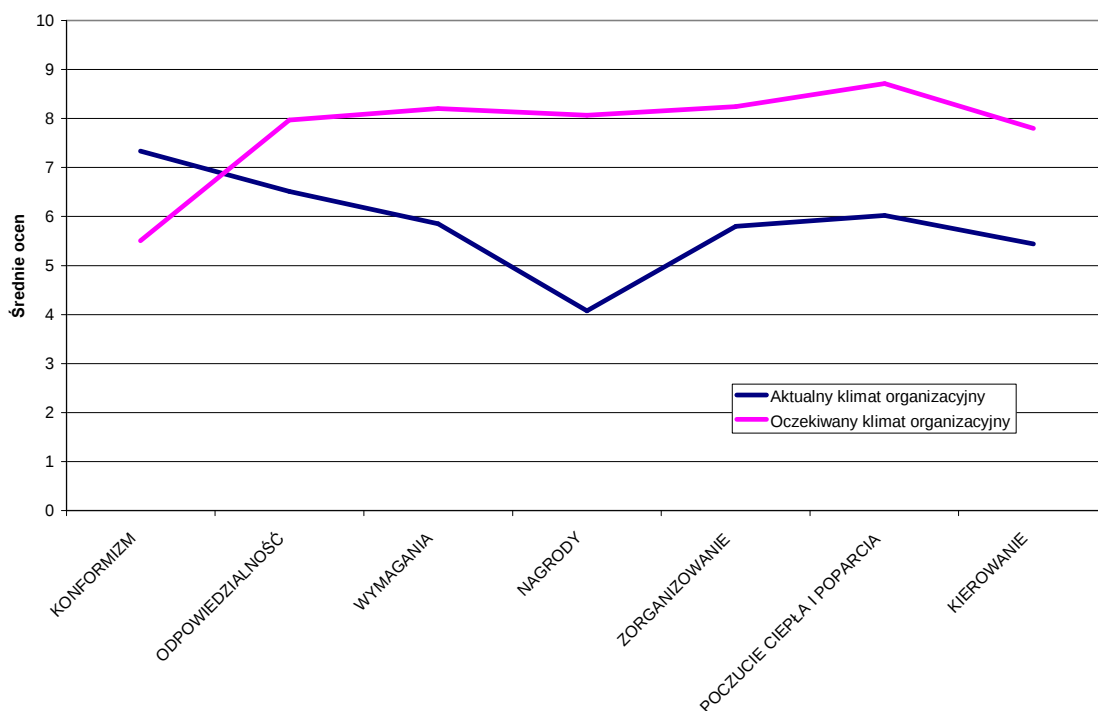
²⁴² A. Lipińska-Grobelny, op.cit., s. 22.

TABELA 15. STATYSTYKI OPISOWE DLA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO

Wyszczególnienie	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Konformizm (A)	249	1	10	7,33	2,090
Konformizm (I)	249	1	10	5,50	2,125
Odpowiedzialność (A)	249	1	10	6,51	2,670
Odpowiedzialność (I)	249	2	10	7,97	1,898
Wymagania (A)	249	1	10	5,85	2,256
Wymagania (I)	249	1	10	8,20	2,064
Nagrody (A)	249	1	10	4,08	2,819
Nagrody (I)	249	2	10	8,07	2,302
Zorganizowanie (A)	249	1	10	5,80	2,335
Zorganizowanie (I)	249	1	10	8,24	2,326
Poczucie ciepła i poparcia (A)	249	1	10	6,02	2,538
Poczucie ciepła i poparcia (I)	249	1	10	8,71	2,149
Kierowanie (A)	249	1	10	5,44	2,541
Kierowanie (I)	249	2	10	7,80	2,514

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Zaprezentowane w powyższej tabeli dane pozwoliły przedstawić w formie graficznej różnice pomiędzy oczekiwanym klimatem organizacyjnym a aktualnie panującym w ocenie pielęgniarek. Wyniki badań wskazują na różnice pomiędzy poziomem poszczególnych wymiarów klimatu organizacyjnego. Począwszy od *odpowiedzialności* zauważyć można rozbieżność w ocenie tych dwóch klimatów. Pielęgniarki niżej oceniają klimat aktualnie panujący, a wyżej oczekiwany. Jedynie *konformizm*, charakteryzujący poczucie istnienia wymuszonych z zewnątrz ograniczeń (procedury, przepisy, zasady) ukazuje odwrotną relację, a więc klimat oczekiwany jest wyższy od tego, jaki chciałyby, aby panował w zespole. Podkreślić również należy, że największa różnica pomiędzy opisanymi klimatami występuje w wymiarze *nagrody*.



WYKRES 1. ŚREDNIE WARTOŚCI KLIMATU ORGANIZACYJNEGO: IDEALNEGO I AKTUALNIE PANUJĄCEGO

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet

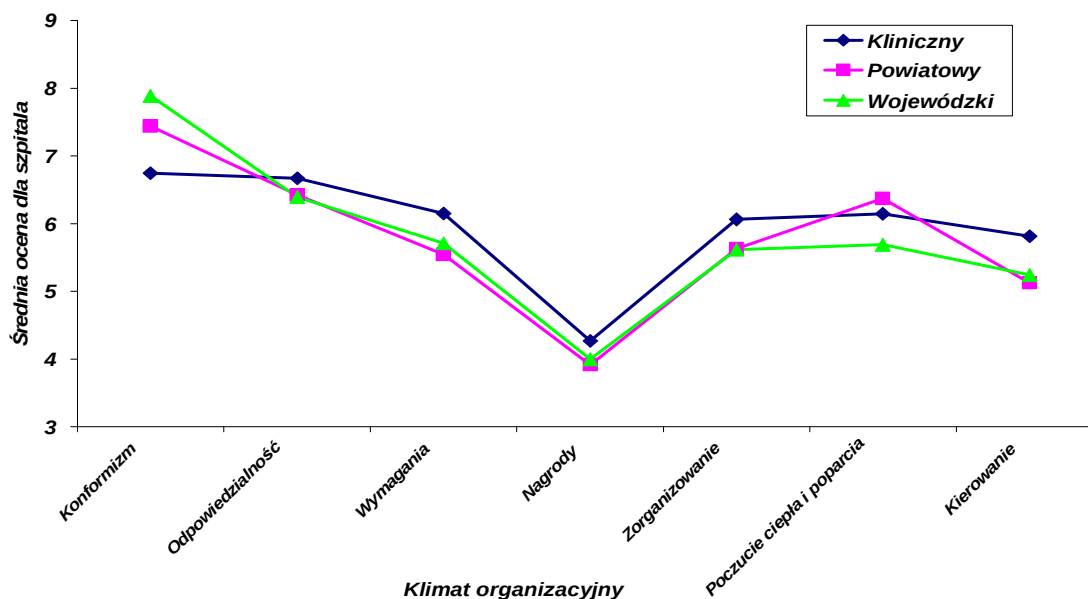
W kolejnej części opracowania przedstawiono wyniki badań dotyczące klimatu organizacyjnego w zależności od rodzaju zakładu opieki zdrowotnej.

TABELA 16. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII KLIMATU ORGANIZACYJNEGO (OCENY AKTUALNE A) W RELACJI DO TRZECH RODZAJÓW SZPITALI

Wyszczególnienie	Średnia ocena dla szpitala			Wartość F	p
	klinicznego	powiatowego	wojewódzkiego		
Konformizm	6,7	7,4	7,9	7,590	0,001
Odpowiedzialność	6,7	6,4	6,4	0,303	0,739
Wymagania	6,2	5,5	5,7	1,590	0,206
Nagrody	4,3	3,9	4,0	0,348	0,706
Zorganizowanie	6,1	5,6	5,6	1,050	0,352
Poczucie ciepła i poparcia	6,1	6,4	5,7	1,444	0,238
Kierowanie	5,8	5,1	5,2	1,808	0,166

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Wynik istotny statystycznie jest dla kategorii *konformizm*, $F(2;246) = 7,59$ przy $p < 0,05$. To oznacza, że oceny klimatu organizacyjnego różnią się głównie na poziomie oceny konformizmu.



WYKRES 2. ŚREDNIE WARTOŚCI KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W RÓŻNYCH RODZAJACH ZOZ-ÓW

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet

Według testów POST-HOC Duncana ocena konformizmu w szpitalu klinicznym jest istotnie niższa niż ocena konformizmu w pozostałych szpitalach. Poczucie, że istnieje wiele wymuszonych z zewnątrz ograniczeń w instytucji albo zespole, czy też stopień, jaki pracownicy czują, że istnieje wiele zasad, procedur, przepisów i sposobów, którym muszą się poddawać, zamiast wykonywać swoją pracę tak, jak uważają za stosowne, jest najmocniej zauważane w szpitalu wojewódzkim i powiatowym.

3.1.2. Uznawany system wartości w zespołach pielęgniarских

Opierając się na standaryzowanej Skali wartości Rokeacha zbadano system wartości pielęgniarek. Zdaniem M. Rokeacha wartość jest *trwałym przekonaniem, że określony sposób postępowania lub ostateczny stan egzystencji jest osobiście lub społecznie preferowany w stosunku do alternatywnego sposobu postępowania lub ostatecznego stanu egzystencji uporządkowanych według względnej ważności*²⁴³. Zadaniem badanej osoby było uporządkowanie poszczególnych wartości w kolejności od najważniejszej (1) do najmniej ważnej (18).

²⁴³ P. Brzozowski, *Skala wartości Rokeacha. Polska adaptacja Value Survey M. Rokeacha*, Wyd. Compis, Warszawa 1989, s. 4.

Biorąc pod uwagę 18 wartości ostatecznych stwierdzono, że wyniki testu Kruskala-Wallisa wskazują na różnice istotne statystyczne w zakresie przedstawionym poniżej.

TABELA 17. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA DLA SYSTEMU WARTOŚCI OSTATECZNYCH I RODZAJU ZOZ-U (N = 249)

Zmienna ambitny	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	5,89	134,28	H = 28,60 p = 0,00
wojewódzki	94	6,33	149,39	
kliniczny	98	2,63	96,21	
Zmienna zdolność	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	10,23	182,42	H = 96,61 p = 0,00
wojewódzki	94	7,36	144,95	
kliniczny	98	2,87	72,47	
Zmienna czystość	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	2,96	35,08	H = 118,42 p = 0,00
wojewódzki	94	12,71	160,32	
kliniczny	98	11,63	143,42	
Zmienna wyrozumiałość	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	3,05	34,51	H = 124,14 p = 0,00
wojewódzki	94	12,48	165,78	
kliniczny	98	10,57	138,52	
Zmienna pomocny	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	11,49	170,95	H = 157,09, p = 0,00
wojewódzki	94	2,97	51,80	
kliniczny	98	11,23	168,49	
Zmienna obdarzony wyobraźnią	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	10,84	124,79	H = 8,87 p = 0,01
wojewódzki	94	11,90	140,84	
kliniczny	98	9,78	109,93	
Zmienna posłuszny	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	12,72	167,82	H = 144,86 p = 0,00
wojewódzki	94	3,60	54,70	
kliniczny	98	12,72	167,53	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

W powyższej tabeli pokazano wszystkie istotne wyniki testów Kruskala-Wallisa (istotność $p < 0,05$), czyli wartości ostateczne, dla których wystąpiła istotna różnica między badanymi pielęgniarkami w zależności od szpitala.

- Wynik jest istotny dla zmiennej *ambitny* ($H = 28,60$; $p = 0,00$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu wojewódzkim ($M = 6,33$), a najniższą w klinicznym ($M = 2,63$).

- Wynik jest istotny dla zmiennej *zdolność* ($H = 96,61$; $p = 0,00$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu powiatowym ($M = 10,23$), a najniższą w klinicznym ($M = 2,87$).
- Wynik jest istotny dla zmiennej *czystość* ($H = 118,42$; $p = 0,00$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu wojewódzkim ($M = 12,71$), a najniższą w powiatowym ($M = 2,96$).
- Wynik jest istotny dla zmiennej *wyrozumiałość* ($H = 124,14$; $p = 0,00$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu wojewódzkim ($M = 12,48$), a najniższą w powiatowym ($M = 3,05$).
- Wynik jest istotny dla zmiennej *pomocny* ($H = 157,09$; $p = 0,00$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu powiatowym ($M = 11,49$), a najniższą w wojewódzkim ($M = 2,97$).
- Wynik jest istotny dla zmiennej *obdarzony wyobraźnią* ($H = 8,87$; $p = 0,01$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu wojewódzkim ($M = 11,90$), a najniższą w klinicznym ($M = 9,78$).
- Wynik jest istotny dla zmiennej *posłuszny* ($H = 144,86$; $p = 0,00$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Istotnie wyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu powiatowym i klinicznym ($M = 12,72$) niż w wojewódzkim ($M = 3,60$).

Test Kruskala-Wallisa pozwolił również zauważyć różnice istotne statystycznie wśród wartości instrumentalnych.

TABELA 18. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA DLA SYSTEMU WARTOŚCI INSTRUMENTALNYCH I RODZAJU ZOZ-U (N = 249)

Zmienna wygodne życie	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	2,28	46,89	H = 88,12 p = 0,00
wojewódzki	94	11,01	152,23	
kliniczny	98	10,49	144,31	
Zmienna bezpieczeństwo rodziny	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	8,44	147,07	H = 7,22 p = 0,02
wojewódzki	94	6,28	116,29	
kliniczny	98	6,59	120,52	
Zmienna wolność	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	9,11	166,75	H = 86,74 p = 0,00
wojewódzki	94	8,40	154,13	
kliniczny	98	3,20	72,78	
Zmienna szczęście	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	2,91	55,14	H = 70,32 p = 0,00
wojewódzki	94	8,68	142,48	
kliniczny	98	8,73	148,86	
Zmienna: poczucie własnej godności	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	7,42	151,93	H = 76,85 p = 0,00
wojewódzki	94	3,11	73,96	
kliniczny	98	8,09	158,30	
Zmienna pozycja społeczna	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	9,95	196,70	H = 76,44 p = 0,00
wojewódzki	94	3,14	98,35	
kliniczny	98	3,36	108,86	
Zmienna prawdziwa przyjaźń	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	8,12	98,39	H = 11,35 p = 0,00
wojewódzki	94	10,48	138,67	
kliniczny	98	9,67	127,37	
Zmienna mądrość	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	7,18	111,76	H = 7,32 p = 0,02
wojewódzki	94	8,84	140,53	
kliniczny	98	7,36	117,80	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

- Wynik jest istotny dla zmiennej *wygodne życie* ($H = 88,12$; $p = 0,00$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu wojewódzkim ($M = 11,01$), a najniższą w powiatowym ($M = 2,28$).
- Wynik jest istotny dla zmiennej *bezpieczeństwo rodziny* ($H = 7,22$; $p = 0,02$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę

dały pielęgniarki w szpitalu powiatowym ($M = 8,44$), a najniższą w wojewódzkim ($M = 6,28$).

- Wynik jest istotny dla zmiennej *wolność* ($H = 86,74$; $p = 0,00$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu powiatowym ($M = 9,11$), a najniższą w klinicznym ($M = 3,20$).
- Wynik jest istotny dla zmiennej *szczęście* ($H = 70,32$; $p = 0,00$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu klinicznym ($M = 8,73$), a najniższą w powiatowym ($M = 2,91$).
- Wynik jest istotny dla zmiennej *poczucie własnej godności* ($H = 76,85$; $p = 0,00$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu klinicznym ($M = 8,09$), a najniższą w wojewódzkim ($M = 3,11$).
- Wynik jest istotny dla zmiennej *pozycja społeczna* ($H = 76,44$; $p = 0,00$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu powiatowym ($M = 9,95$), a najniższą w wojewódzkim ($M = 3,14$).
- Wynik jest istotny dla zmiennej *mądrość* ($H = 11,35$; $p = 0,00$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu wojewódzkim ($M = 10,48$), a najniższą w powiatowym ($M = 8,20$).
- Wynik jest istotny dla zmiennej *prawdziwa przyjaźń* ($H = 7,32$; $p = 0,02$), więc pielęgniarki w zależności od szpitala różnią się oceną tej zmiennej. Najwyższą ocenę dały pielęgniarki w szpitalu wojewódzkim ($M = 8,84$), a najniższą w powiatowym ($M = 7,18$).

3.1.3. Analiza związku klimatu organizacyjnego i systemu wartości zespołów pielęgniarskich w zakładach opieki zdrowotnej

W podrozdziale tym poddano analizie obecność związków pomiędzy klimatem organizacyjnym a systemem wartości pielęgniarek, a następnie zbadano, czy rodzaj zakładu opieki zdrowotnej modyfikuje zależności pomiędzy tymi zmiennymi. Badania dokonano za pomocą korelacji Spearmana.

TABELA 19. ZESTAWIENIE WSPÓŁCZYNNIKÓW KORELACJI SPEARMANA DLA SYSTEMU WARTOŚCI OSTATECZNYCH I KLIMATU ORGANIZACYJNEGO

Wartości ostateczne	Ocena klimatu organizacyjnego	Poziom braków w klimacie organizacyjnym
ambitny	-0,042	-0,036
szerokie horyzonty	0,041	- 0,035
zdolność	- 0,121	0,133*
wesołość	- 0,048	0,046
czystość	0,004	0,066
odwaga	0,054	- 0,070
wyrozumiałość	0,049	0,011
pomocny	- 0,011	- 0,051
uczciwość	0,072	- 0,021
obdarzony wyobraźnią	- 0,055	0,015
niezależność	0,010	- 0,006
intelektualny	0,055	- 0,023
logiczność	0,043	- 0,021
kochający	- 0,169**	0,101
posłuszny	0,082	- 0,082
uprzejmość	- 0,051	0,149*
odpowiedzialność	0,053	- 0,022
opanowany	0,015	- 0,035

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

- Zmienna *poziom braków w klimacie organizacyjnym* jest bardzo słabo dodatnio skorelowana ze zmienną *zdolność*. (Im wyższa ocena cechy *zdolność*, tym wyższa ocena *braków klimatu organizacyjnego*). Współczynnik korelacji $r = 0,13$; $p < 0,05$.
- Zmienna *ocena klimatu organizacyjnego* jest bardzo słabo ujemnie skorelowana ze zmienną *kochający*. (Im wyższa ocena cechy *kochający*, tym niższa ocena *klimatu organizacyjnego*). Współczynnik korelacji $r = - 0,17$; $p < 0,01$.
- Zmienna *poziom braków w klimacie organizacyjnym* jest bardzo słabo dodatnio skorelowana ze zmienną *uprzejmość*. (Im wyższa ocena cechy *uprzejmość*, tym wyższa ocena *braków klimatu organizacyjnego*). Współczynnik korelacji $r = 0,15$; $p < 0,05$.

TABELA 20. ZESTAWIENIE WSPÓŁCZYNNIKÓW KORELACJI SPEARMANA DLA SYSTEMU WARTOŚCI INSTRUMENTALNYCH I KLIMATU ORGANIZACYJNEGO

Wartości instrumentalne	Ocena klimatu organizacyjnego	Poziom braków w klimacie organizacyjnym
wygodne życie	- 0,066	0,059
ekscytujące życie	- 0,165**	0,175**
poczucie spełnienia	- 0,031	0,068
świat pełen spokoju	0,105	- 0,030
świat pełen piękna	0,037	0,032
równość	- 0,047	0,055
bezpieczeństwo rodziny	- 0,020	0,042

wolność	- 0,127*	0,098
szczęście	0,025	- 0,015
wewnętrzna harmonia	0,078	- 0,105
dojrzała miłość	- 0,078	0,024
bezpieczeństwo narodowe	0,048	- 0,059
przyjemność	0,001	0,028
zbawienie	0,086	- 0,070
poczucie własnej godności	0,005	0,004
pozycja społeczna	- 0,005	0,022
prawdziwa przyjaźń	- 0,007	0,012
mądrość	0,012	- 0,034

Legenda:

* wynik istotny na poziomie 0,05

** wynik istotny na poziomie 0,01

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

- Zmienna *ocena klimatu organizacyjnego* jest bardzo słabo ujemnie skorelowana ze zmienną *ekscytujące życie*. (Im wyższa ocena cechy *ekscytujące życie*, tym niższa ocena klimatu organizacyjnego). Współczynnik korelacji $r = - 0,17$; $p < 0,01$.
- Zmienna *ocena klimatu organizacyjnego* jest bardzo słabo ujemnie skorelowana ze zmienną *wolność*. (Im wyższa ocena cechy *wolność*, tym niższa ocena klimatu organizacyjnego). Współczynnik korelacji $r = - 0,13$; $p < 0,01$.
- Zmienna *poziom braków w klimacie organizacyjnym* jest bardzo słabo dodatnio skorelowana ze zmienną *ekscytujące życie*. (Im wyższa ocena cechy *ekscytujące życie*, tym wyższa ocena braków klimatu organizacyjnego). Współczynnik korelacji $r = 0,13$; $p < 0,01$.

TABELA 21. ZESTAWIENIE WSPÓŁCZYNNIKÓW KORELACJI SPEARMANA DLA SYSTEMU WARTOŚCI OSTATECZNYCH I POSZCZEGÓLNYCH WYMIARÓW KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Para zmiennych	R Spearmana	p
zdolność-kierowanie	- 0,15	0,05
pomocny-konformizm	- 0,13	0,05
logiczność-zorganizowanie	0,14	0,05
wolność-konformizm	0,16	0,01
poczucie własnej godności-konformizm	- 0,16	0,01
mądrość-konformizm	- 0,14	0,05

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

W powyżej tabeli przedstawione zostały istotne zależności, które wystąpiły pomiędzy ocenami wartości ostatecznych a elementami klimatu organizacyjnego.

- Ocena wartości *zdolność* jest ujemnie skorelowana z oceną *kierowania* ($r = - 0,15$; $p = 0,05$). Im bardziej pielęgniarki cenią *zdolność*, tym słabiej oceniają *kierowanie*.

- Ocena *konformizmu* jest ujemnie skorelowana z oceną wartości *pomocny* ($r = -0,13$; $p = 0,05$), *poczucie własnej godności* ($r = -0,16$; $p = 0,01$), *mądrość* ($r = -0,14$; $p = 0,05$). Im bardziej pielęgniarki cenią wartości *pomocny*, *poczucie własnej godności*, *mądrość*, tym niższa jest ich ocena *konformizmu*.
- Ocena *konformizmu* jest też dodatnio skorelowana z oceną wartości *wolność* ($r = 0,16$; $p = 0,01$). Im bardziej pielęgniarki cenią *wolność*, tym wyższa jest ich ocena *konformizmu*.
- Ocena wartości *logiczność* jest dodatnio skorelowana z oceną *zorganizowania* ($r = 0,14$; $p = 0,05$). Im bardziej pielęgniarki cenią *logiczność*, tym wyższa jest ich ocena *zorganizowania*.

TABELA 22. ZESTAWIENIE WSPÓŁCZYNNIKÓW KORELACJI SPEARMANA DLA SYSTEMU WARTOŚCI INSTRUMENTALNYCH I WYMIARÓW KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Para zmiennych	R Spearman	p
odwaga-kierowanie	0,12	0,05
obdarzony wyobraźnią-wymagania	- 0,13	0,05
kochający-wymagania	- 0,12	0,05
kochający-zorganizowanie	- 0,15	0,05
kochający-kierowanie	- 0,16	0,01
uprzejmość-nagrody	- 0,12	0,05
ekscytujące życie-nagrody	- 0,15	0,05
ekscytujące życie-poczucie ciepła i poparcia	- 0,13	0,05
świat pełen spokoju-poczucie ciepła i poparcia	0,154	0,05

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

W powyżej tabeli przedstawione zostały istotne zależności, które wystąpiły pomiędzy ocenami wartości instrumentalnych a elementami klimatu organizacyjnego.

- Ocena wartości *odwaga* jest dodatnio skorelowana z oceną *kierowania* ($r = 0,12$; $p = 0,05$). Im bardziej pielęgniarki cenią *odwagę*, tym lepiej oceniają *kierowanie*.
- Ocena wartości *kochający* jest ujemnie skorelowana także z oceną *kierowania* ($r = -0,16$; $p = 0,01$). Im bardziej pielęgniarki cenią wartość *kochający*, tym słabiej oceniają *kierowanie*.
- Ocena *wymagań* jest ujemnie skorelowana z oceną wartości: *obdarzony wyobraźnią* ($r = -0,13$; $p = 0,05$), *kochający* ($r = -0,12$; $p = 0,05$). Im bardziej pielęgniarki cenią wartości *obdarzony wyobraźnią* i *kochający*, tym niższa jest ich ocena *wymagań*.
- Ocena wartości *kochający* jest ujemnie skorelowana z oceną *wymagań* ($r = -0,15$; $p = 0,05$). Im bardziej pielęgniarki cenią wartość *kochający*, tym niższa jest ich ocena *wymagań*.

- Ocena *nagród* jest ujemnie skorelowana z oceną wartości: *uprzejmość* ($r = -0,12$; $p = 0,05$), *ekscytujące życie* ($r = -0,15$; $p = 0,05$). Im bardziej pielęgniarki cenią wartości *uprzejmość* i *ekscytujące życie*, tym niższa jest ich ocena *nagród*.
- Ocena wartości *ekscytujące życie* jest ujemnie skorelowana z oceną *poczucia ciepła i poparcia* ($r = -0,13$; $p = 0,05$). Im bardziej pielęgniarki cenią *ekscytujące życie*, tym niżej oceniają *poczucie ciepła i poparcia*.
- Ocena wartości *świat pełen spokoju* jest dodatnio skorelowana także z oceną *poczucia ciepła i poparcia* ($r = 0,154$; $p = 0,05$). Im bardziej pielęgniarki cenią wartość *świat pełen spokoju*, tym wyżej oceniają *poczucie ciepła i poparcia*.

3.1.4. Wpływ czynników demograficznych na klimat organizacyjny i system wartości pielęgniarek

W pierwszej kolejności przeprowadzono analizę związku pomiędzy klimatem organizacyjnym a wiekiem, stażem pracy, wykształceniem, zajmowanym stanowiskiem. Wyniki testu Kruskala-Wallisa wskazują, że pielęgniarki w zależności od wieku inaczej oceniają wymiar: *wymagania* (oczekiwane). Tylko w tym przypadku test był statystycznie istotny ($p = 0,03$). Z tabeli prezentującej średnie można zorientować się, które przedziały wiekowe pielęgniarek oceniają najwyżej oczekiwane wymagania.

TABELA 23. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA DLA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO OSÓB O RÓŻNYM WIEKU

Wyszczególnienie	Wiek	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Test Kruskala-Wallisa
Konformizm (A)	20-30 lat	106	7,17	2,184	H = 1,017 p = 0,601
	31-40 lat	86	7,51	2,034	
	41-50 lat	57	7,37	2,006	
	Ogółem	249	7,33	2,090	
Konformizm (I)	20-30 lat	106	5,50	2,161	H = 0,034 p = 0,983
	31-40 lat	86	5,44	2,027	
	41-50 lat	57	5,58	2,236	
	Ogółem	249	5,50	2,125	
Odpowiedzialność (A)	20-30 lat	106	6,52	2,666	H = 0,987 p = 0,610
	31-40 lat	86	6,65	2,764	
	41-50 lat	57	6,28	2,562	
	Ogółem	249	6,51	2,670	
Odpowiedzialność (I)	20-30 lat	106	8,00	1,799	H = 1,344 p = 0,511
	31-40 lat	86	7,85	1,907	
	41-50 lat	57	8,09	2,081	
	Ogółem	249	7,97	1,898	

Wymagania (A)	20-30 lat	106	6,01	2,059	H = 1,084 P = 0,582
	31-40 lat	86	5,67	2,537	
	41-50 lat	57	5,81	2,175	
	Ogółem	249	5,85	2,256	
Wymagania (I)	20-30 lat	106	8,29	1,851	H = 6,711 p = 0,035
	31-40 lat	86	7,76	2,435	
	41-50 lat	57	8,72	1,688	
	Ogółem	249	8,20	2,064	
Nagrody (A)	20-30 lat	106	4,16	2,856	H = 1,592 p = 0,451
	31-40 lat	86	3,80	2,726	
	41-50 lat	57	4,37	2,901	
	Ogółem	249	4,08	2,819	
Nagrody (I)	20-30 lat	106	8,19	2,187	H = 1,345 p = 0,510
	31-40 lat	86	8,17	2,266	
	41-50 lat	57	7,70	2,556	
	Ogółem	249	8,07	2,302	
Zorganizowanie (A)	20-30 lat	106	5,87	2,375	H = 3,685 p = 0,158
	31-40 lat	86	5,42	2,447	
	41-50 lat	57	6,23	2,018	
	Ogółem	249	5,80	2,335	
Zorganizowanie (I)	20-30 lat	106	8,36	2,218	H = 0,168 p = 0,919
	31-40 lat	86	8,27	2,172	
	41-50 lat	57	7,98	2,735	
	Ogółem	249	8,24	2,326	
Poczucie ciepła i poparcia (A)	20-30 lat	106	6,01	2,440	H = 1,720 P = 0,423
	31-40 lat	86	5,84	2,647	
	41-50 lat	57	6,33	2,566	
	Ogółem	249	6,02	2,538	
Poczucie ciepła i poparcia (I)	20-30 lat	106	8,58	2,386	H = 0,116 P = 0,944
	31-40 lat	86	8,88	1,785	
	41-50 lat	57	8,68	2,205	
	Ogółem	249	8,71	2,149	
Kierowanie (A)	20-30 lat	106	5,51	2,594	H = 0,325 P = 0,850
	31-40 lat	86	5,31	2,609	
	41-50 lat	57	5,51	2,369	
	Ogółem	249	5,44	2,541	
Kierowanie (I)	20-30 lat	106	7,73	2,517	H = 1,388 P = 0,499
	31-40 lat	86	7,98	2,497	
	41-50 lat	57	7,67	2,566	
	Ogółem	249	7,80	2,514	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Pielęgniarki w wieku 41-50 lat najwyżej oceniają oczekiwane wymagania, natomiast najniżej oceniły oczekiwane wymagania pielęgniarki wieku 31-40 ($H = 6,711$; $p = 0,035$). Z kolei analizując inne czynniki demograficzne, takie jak staż w zawodzie, wykształcenie oraz zajmowane stanowisko, nie stwierdzono istotnych zależności statystycznych.

Następnie przeprowadzono analizę związku pomiędzy klimatem organizacyjnym a rodzajem zakładu opieki zdrowotnej. Wyniki testu Kruskala-Wallisa wskazują, że pielęgniarki pracujące w różnych ZOZ-ach inaczej oceniają aktualny konformizm oraz oczekiwane wymagania. Tylko w tych dwóch przypadkach test okazał się statystycznie istotny. W kolejnej tabeli, prezentującej średnie można zorientować się, które grupy osób pracujących w różnych ZOZ-ach oceniają najwyżej oczekiwane wymagania oraz aktualny konformizm.

TABELA 24. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA DLA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO OSÓB Z RÓŻNYCH ZOZ-ÓW

Wyszczególnienie	Rodzaj ZOZ-u	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Test Kruskala-Wallisa
Konformizm (A)	powiatowy	57	7,44	2,018	$H = 9,89$, $p = 0,007$
	wojewódzki	94	7,88	1,612	
	kliniczny	98	6,74	2,383	
	ogółem	249	7,33	2,090	
Konformizm (I)	powiatowy	57	5,37	2,006	$H = 4,127$ $p = 0,127$
	wojewódzki	94	5,22	2,070	
	kliniczny	98	5,84	2,218	
	ogółem	249	5,50	2,125	
Odpowiedzialność (A)	powiatowy	57	6,42	2,427	$H = 1,002$ $P = 0,606$
	wojewódzki	94	6,39	2,717	
	kliniczny	98	6,67	2,776	
	ogółem	249	6,51	2,670	
Odpowiedzialność (I)	powiatowy	57	7,54	2,105	$H = 3,084$, $P = 0,214$
	wojewódzki	94	8,04	1,923	
	kliniczny	98	8,14	1,723	
	ogółem	249	7,97	1,898	
Wymagania (A)	powiatowy	57	5,54	2,284	$H = 3,550$ $P = 0,169$
	wojewódzki	94	5,71	2,568	
	kliniczny	98	6,15	1,874	
	ogółem	249	5,85	2,256	
Wymagania (I)	powiatowy	57	7,77	2,376	$H = 5,979$ $p = 0,050$
	wojewódzki	94	8,49	2,046	
	kliniczny	98	8,18	1,852	
	ogółem	249	8,20	2,064	

Nagrody (A)	powiatowy	57	3,91	2,917	H = 0,753 P = 0,686
	wojewódzki	94	4,00	2,794	
	kliniczny	98	4,27	2,805	
	ogółem	249	4,08	2,819	
Nagrody (I)	powiatowy	57	8,28	2,374	H = 5,061, P = 0,080
	wojewódzki	94	8,41	1,840	
	kliniczny	98	7,62	2,591	
	ogółem	249	8,07	2,302	
Zorganizowanie (A)	powiatowy	57	5,63	2,350	H = 1,961 P = 0,375
	wojewódzki	94	5,62	2,287	
	kliniczny	98	6,06	2,372	
	ogółem	249	5,80	2,335	
Zorganizowanie (I)	powiatowy	57	8,28	2,320	H = 4,060 P = 0,131
	wojewódzki	94	8,67	1,869	
	kliniczny	98	7,81	2,646	
	ogółem	249	8,24	2,326	
Poczucie ciepła i bezpieczeństwa (A)	powiatowy	57	6,37	1,789	H = 1,987 P = 0,370
	wojewódzki	94	5,69	2,740	
	kliniczny	98	6,14	2,690	
	ogółem	249	6,02	2,538	
Poczucie ciepła i bezpieczeństwa (I)	powiatowy	57	9,00	1,309	H = 3,228 P = 0,199
	wojewódzki	94	9,05	1,731	
	kliniczny	98	8,20	2,743	
	ogółem	249	8,71	2,149	
Kierowanie (A)	powiatowy	57	5,12	2,406	H = 3,666 P = 0,160
	wojewódzki	94	5,24	2,470	
	kliniczny	98	5,82	2,661	
	ogółem	249	5,44	2,541	
Kierowanie (I)	powiatowy	57	7,77	2,479	H = 2,292 P = 0,318
	wojewódzki	94	8,18	2,165	
	kliniczny	98	7,45	2,803	
	ogółem	249	7,80	2,514	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Zarówno w wymiarze aktualny *konformizm* oraz oczekiwane *wymagania* najwyżej oceniły pielęgniarki pracujące w szpitalu wojewódzkim.

Dodatkowo sprawdzono, czy czynniki demograficzne takie, jak wiek, staż w zawodzie, wykształcenie, zajmowane stanowisko, rodzaj zakładu, różnicują najczęściej uznawane przez pielęgniarki wartości.

TABELA 25. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA – OCENA POSZCZEGÓLNYCH WARTOŚCI/CZYNNIKI DEMOGRAFICZNE

Wartości a czynniki demograficzne	Odpowiedzialność	Ambitny	Pozycja społeczna	Poczucie własnej godności	Zdolność	test Kruskala-Wallisa
Wiek	8,762	8,543	2,390	13,492	5,337	H
	2	2	2	2	2	stopnie swobody
	0,013	0,014	0,303	0,001	0,069	istotność
Staż pracy	14,720	4,290	5,979	7,848	6,071	H
	5	5	5	5	5	stopnie swobody
	0,012	0,508	0,308	0,165	0,299	istotność
Poziom wykształcenia	2,070	3,011	6,194	5,962	7,461	H
	2	2	2	2	2	stopnie swobody
	0,355	0,222	0,045	0,051	0,024	istotność
Rodzaj ZOZ-u	2,115	28,600	76,448	76,857	96,610	H
	2	2	2	2	2	stopnie swobody
	0,347	0,000	0,000	0,000	0,000	istotność

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

W przedmiotowym badaniu uwzględniono wartości takie, jak: *odpowiedzialność*, *ambitny*, *pozycja społeczna*, *poczucie własnej godności* oraz *zdolność* (wybrano pięć najwyższej cenionych wartości). Wyniki testu Kruskala-Wallisa (tabela 25) wskazują, że wartości uznawane przez pielęgniarki są różnicowane przez czynniki demograficzne. W przypadku kryterium wieku – istotnie statystyczne różnice zauważyć można w takich wartościach jak: *ambitny* ($p = 0,014$), *odpowiedzialność* ($p = 0,013$), *poczucie własnej godności* ($p = 0,001$). W wyniku badań stwierdzono również, że czynnik demograficzny wiek różnicuje ocenę wymienionych wyżej wartości. I tak, grupa osób w wieku od 31 do 40 lat najwyższej ceni wartość *ambitny*, natomiast osoby w wieku 41 do 50 *odpowiedzialność*. *Poczucie własnej godności* najwyższej oceniły osoby w wieku od 20 do 30 lat.

Kolejnym analizowanym czynnikiem demograficznym jest staż pracy. W tym przypadku wynik testu jest istotny statystycznie w przypadku wartości *odpowiedzialność* ($p = 0,012$). Podobnie jak w przypadku wieku, również i w tym czynniku wystąpiły wyraźne różnice w zależności od wieku. Najwyższej cenioną wartością dla osób ze stażem pracy 21-25 lat okazała się *odpowiedzialność*.

Istotne różnice można zauważyć również analizując poziom wykształcenia. Wynik testu okazał się istotny statystycznie wyłącznie w przypadku takiej wartości jak *pozycja społeczna* ($p = 0,045$). Została ona najwyższej oceniona przez pielęgniarki posiadające dyplom pielęgniarski.

Przeprowadzono analizę związku pomiędzy uznawanymi wartościami a rodzajem zakładu opieki zdrowotnej. W tym przypadku wyniki testu wykazały, że pielęgniarki pracujące w różnych ZOZ-ach inaczej cenią takie wartości jak: *ambitny* ($p = 0,000$), *zdolność* ($p = 0,000$), *poczucie własnej godności* ($p = 0,000$) i *pozycja społeczna* ($p = 0,000$). W szpitalu powiatowym dla pielęgniarek najważniejsza jest *pozycja społeczna*, ale również cenią *zdolność*. W szpitalu wojewódzkim pielęgniarki najwyżej cenią wartość *ambitny*, natomiast w szpitalu klinicznym *poczucie własnej godności*.

Sprawdzono występowanie zależności pomiędzy klimatem organizacyjnym i systemem wartości a wiekiem, stażem, wykształceniem i stanowiskiem. Wszystkie wyniki są nieistotne statystycznie. Oznacza to, że wiek, staż, wykształcenie i stanowisko nie różnicują w sposób istotny oceny klimatu i systemu, stąd nie ma potrzeby przedstawiania tych obliczeń.

3.2. Znaczenie klimatu organizacyjnego w wyborze stylu kierowania a funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek

Kolejnym etapem analizy jest zaprezentowanie wyników przeprowadzonych badań dotyczących znaczenia klimatu organizacyjnego w wyborze stylu kierowania. Niewątpliwie kierowanie ludźmi, jak zauważa B. Kozusznik, powinno być zadaniem polegającym na stwarzaniu pracownikom optymalnych warunków, sprzyjających rozwojowi zdolności do efektywnego odgrywania ról organizacyjnych. Stosując różne style kierowania oraz różne sposoby oddziaływania na podwładnych, można kształtować efektywne zachowania organizacyjne²⁴⁴.

3.2.1. Preferowany styl kierowania wśród pielęgniarek

Na podstawie kwestionariusza wyłoniono następujące grupy badanych.

TABELA 26. PROCENTOWANY ROZKŁAD WYBRANEGO STYLU KIEROWANIA

Styl kierowania	Liczność	%
Autokratyczny	47	18,88
Demokratyczny	97	38,96
Konsultatywny	88	35,34
Nieokreśleni	17	6,83
Ogółem	249	100,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Powyższa tabela przedstawia procentowy rozkład wybranego stylu kierowania. Najbardziej preferowany jest styl demokratyczny (38,96%), a najmniej styl autokratyczny (18,88%).

²⁴⁴ B. Kozusznik, *Zachowania człowieka w organizacji*, s. 116.

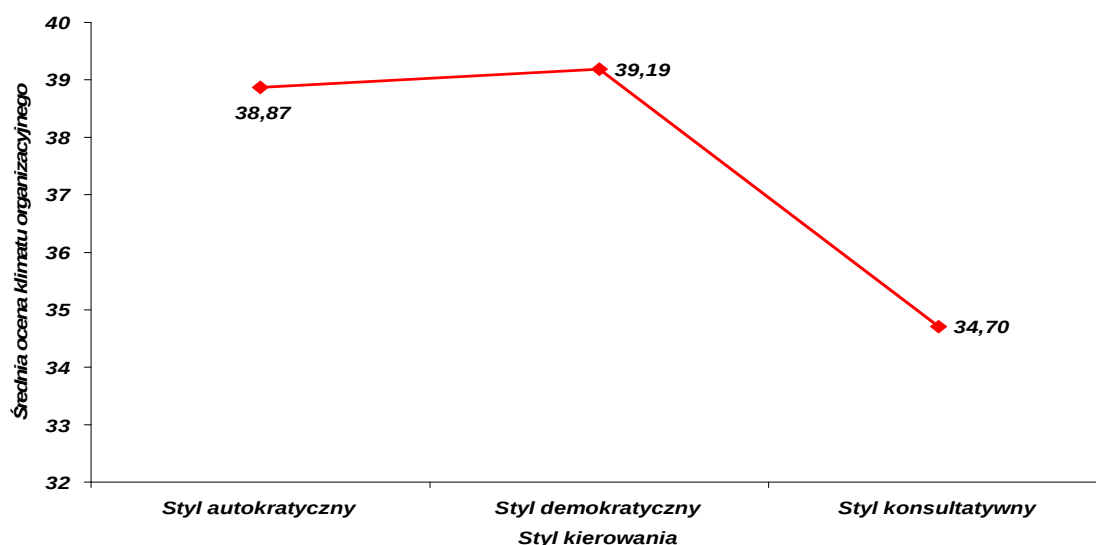
W dalszej część niniejszego podrozdziału zaprezentowano analizę wariancji dla oceny klimatu organizacyjnego (aktualnie panującego) w relacji do trzech stylów kierowania preferowanych przez pielęgniarki.

TABELA 27. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA OCENY KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W RELACJI DO TRZECH STYLÓW KIEROWANIA PREFEROWANYCH PRZEZ PIELĘGNIARKI

Styl kierowania	Oceny klimatu organizacyjnego			
	M	SD	Wartość F	p
Autokratyczny	38,87	10,64	4,829	0,009
Demokratyczny	39,19	10,27		
Konsultatywny	34,70	10,49		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Wynik analizy jest istotny. $F(2;229) = 4,829$ przy $p < 0,05$. To oznacza, że ocena klimatu organizacyjnego jest istotnie różna w zależności od preferowanego stylu kierowania. Według testów POST-HOC Duncana osoby preferujące styl konsultatywny oceniają klimat organizacyjny istotnie niżej, niż osoby preferujące style autokratyczny i demokratyczny.



WYKRES 3. ŚREDNIA OCENA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO A STYL KIEROWANIA

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet

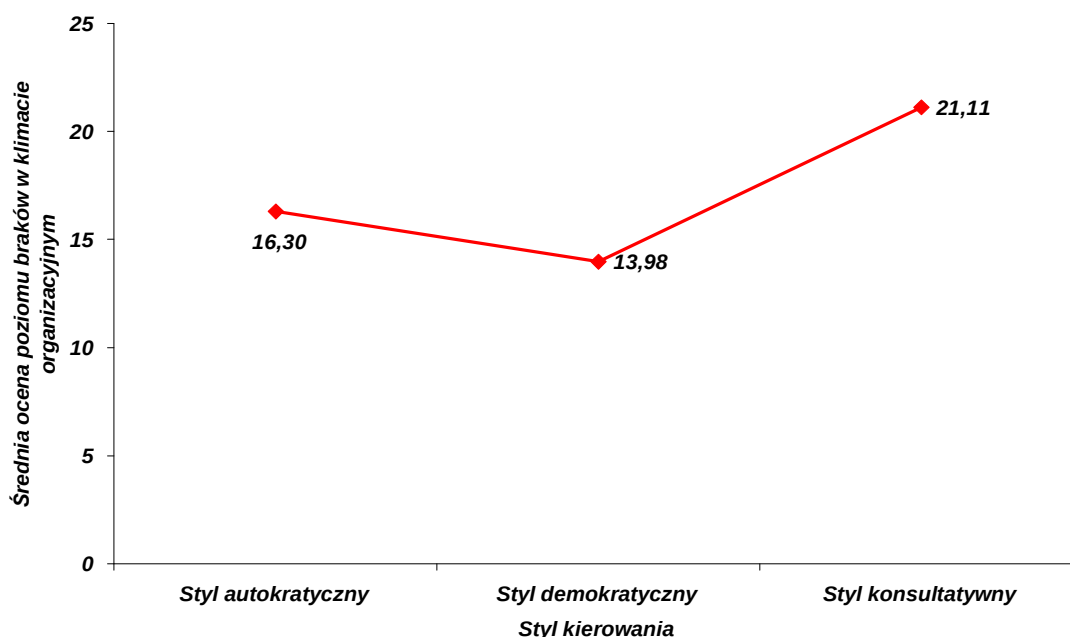
Analogicznie jak dla klimatu aktualnie panującego, przeprowadzono analizę wariancji dla poziomu braków w klimacie organizacyjnym (różnicy między klimatem aktualnie panującym a klimatem idealnym).

TABELA 28. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA POZIOMU BRAKÓW W KLIMACIE ORGANIZACYJNYM W RELACJI DO TRZECH STYLÓW KIEROWANIA PREFEROWANYCH PRZEZ PIELEŃNIARKI

Styl kierowania	Poziomu braków w klimacie organizacyjnym			
	M	SD	Wartość F	p
Autokratyczny	16,30	15,2	4,579	0,011
Demokratyczny	13,98	17,68		
Konsultatywny	21,11	14,85		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Wynik analizy jest istotny. $F(2;229) = 4,579$ przy $p < 0,05$. To oznacza, że ocena poziomu braków klimatu organizacyjnego jest istotnie różna w zależności od preferowanego stylu kierowania. Według testów POST-HOC Duncana osoby preferujące styl konsultatywny widzą istotnie więcej braków w klimacie organizacyjnym, niż osoby preferujące styl demokratyczny. Osoby preferujące styl autokratyczny nie różnią się istotnie od żadnej z pozostałych grup.



WYKRES 4. ŚREDNIA OCENA BRAKÓW W KLIMACIE ORGANIZACYJNYM A STYL KIEROWANIA

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet

Zbadano również różnice pod względem preferowanego stylu kierowania w poszczególnych rodzajach zakładów opieki zdrowotnej.

TABELA 29. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA DOTYCZĄCE ZRÓŻNICOWANIA NASILENIA POSZCZEGÓLNYCH STYLÓW KIEROWANIA OSÓB PRACUJĄCYCH W RÓŻNYCH ZOZ-ACH (N = 249)

Zmienna styl autokratyczny	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	37,24	103,17	H = 7,17 p = 0,02
wojewódzki	94	38,76	128,46	
kliniczny	98	39,27	134,38	
Zmienna styl demokratyczny	N ważnych	średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	41,36	136,01	H = 1,91 p = 0,38
wojewódzki	94	40,11	119,52	
kliniczny	98	40,39	123,86	
Zmienna styl konsultatywny	N ważnych	średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	41,38	133,17	H = 2,18 p = 0,33
wojewódzki	94	41,09	128,43	
kliniczny	98	40,34	116,96	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Wyniki testu Kruskala-Wallisa (tabela 29) wskazują, że pielęgniarki pracujące w różnych ZOZ-ach różnią się nasileniem stylu autokratycznego. W tym jednym przypadku wynik testu jest istotny statystycznie, najwyższe nasilenie stylu autokratycznego jest wśród pielęgniarek pracujących w ZOZ-ach powiatowych. Pod względem pozostałych stylów kierowania, pielęgniarki pracujące w różnych ZOZ-ach nie różnią się między sobą.

3.2.2. Wpływ zakładu opieki zdrowotnej na klimat organizacyjny i styl kierowania preferowany przez pielęgniarki

W celu poznania zależności pomiędzy klimatem organizacyjnym a preferowanym stylem kierowania przez pielęgniarki przeprowadzono analizę wariancji ANOVA.

TABELA 30. ZESTAWIENIE WYNIKÓW ANALIZY WARIANCJI ANOVA DLA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W ZALEŻNOŚCI OD WYBRANEGO STYLU KIEROWANIA W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wyszczególnienie	Średnia w grupie			F	p
	Styl autokratyczny	Styl demokratyczny	Styl konsultatywny		
Konformizm	7,21	7,81	6,76	6,18	0,00
Odpowiedzialność	7,09	6,77	5,95	3,64	0,03
Zorganizowanie	6,06	6,26	5,22	5,23	0,01
Poczucie ciepła i poparcia	6,23	6,37	5,43	3,56	0,03
Kierowanie	5,83	6,01	4,76	6,70	0,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

W powyżej tabeli zaprezentowano, jakie aspekty klimatu organizacyjnego różnią się istotnie w zależności od preferowanego stylu kierowania.

- Ocena *konformizmu* jest istotnie różna w grupach pielęgniarek, które preferują różne style kierowania ($F = 6,18$; $p = 0,00$). Pielęgniarki preferujące styl demokratyczny oceniły *konformizm* istotnie najsilniej ($M = 7,81$), a pielęgniarki preferujące styl konsultatywny oceniły te zmienną najniżej ($M = 6,76$).
- Ocena *odpowiedzialności* jest istotnie różna w grupach pielęgniarek, które preferują różne style kierowania ($F = 3,64$; $p = 0,03$). Pielęgniarki preferujące styl autokratyczny oceniły *odpowiedzialność* istotnie najsilniej ($M = 7,09$), a pielęgniarki preferujące styl konsultatywny oceniły te zmienną najniżej ($M = 5,95$).
- Ocena *zorganizowania* jest istotnie różna w grupach pielęgniarek, które preferują różne style kierowania ($F = 5,23$; $p = 0,01$). Pielęgniarki preferujące styl demokratyczny oceniły *zorganizowanie* istotnie najsilniej ($M = 6,26$), a pielęgniarki preferujące styl konsultatywny oceniły te zmienną najniżej ($M = 5,22$).
- Ocena *poczucia ciepła i poparcia* jest istotnie różna w grupach pielęgniarek, które preferują różne style kierowania ($F = 3,56$; $p = 0,03$). Pielęgniarki preferujące styl demokratyczny oceniły *poczucie ciepła i poparcia* istotnie najsilniej ($M = 6,37$), a pielęgniarki preferujące styl konsultatywny oceniły te zmienną najniżej ($M = 5,43$).
- Ocena *kierowania* jest istotnie różna w grupach pielęgniarek, które preferują różne style kierowania ($F = 3,56$; $p = 0,03$). Pielęgniarki preferujące styl demokratyczny oceniły *kierowanie* istotnie najsilniej ($M = 6,01$), a pielęgniarki preferujące styl konsultatywny oceniły te zmienną najniżej ($M = 4,76$).

Ogólnie można stwierdzić, że klimat organizacyjny jest oceniany lepiej przez pielęgniarki preferujące styl demokratyczny, a najslabiej przez pielęgniarki preferujące styl konsultatywny.

3.2.3. Wpływ czynników demograficznych na klimat organizacyjny i styl kierowania pielęgniarek

Sprawdzono występowanie zależności pomiędzy klimatem organizacyjnym i stylem kierowania a wiekiem, stażem pracy, wykształceniem i zajmowanym stanowiskiem. Wszystkie wyniki są nieistotne statystycznie. Wynika z tego, że wiek, staż, wykształcenie i stanowisko nie różnicują w sposób istotny oceny klimatu i stylu kierowania, stąd nie ma potrzeby przedstawiania tych obliczeń.

3.3. Klimat organizacyjny i preferowane style komunikacji a funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek

Zdając sobie sprawę, że podstawą kształtowania dobrego klimatu jest między innymi sprawna komunikacja między zwierzchnikami i pracownikami²⁴⁵, autorka pracy w dalszej części szczegółowo przeanalizuje to zagadnienie.

3.3.1. Rodzaje stylów komunikacji wśród badanych pielęgniarek

Na podstawie kwestionariusza wyłoniono następujące grupy badanych.

TABELA 31. PROCENTOWANY ROZKŁAD WYBRANEGO STYLU KOMUNIKACJI

Styl komunikacji	Liczność	%
Styl otwarty (O)	86	34,54
Styl zamknięty (Z)	18	7,23
Styl bezpośredni (B)	57	22,89
Styl pośredni (P)	66	26,51
Nieokreśleni	22	8,84
Ogółem	249	100,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Dane zamieszczone w tabeli uzyskano dzięki kluczowi zamieszczonemu w kwestionariuszu ankiety. Wynika z niego, że najbardziej preferowanym stylem komunikacji jest styl otwarty (34,54% badanych), natomiast najmniej – styl zorientowany na zadania (7,23% badanych).

TABELA 32. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA DOTYCZĄCE ZRÓŻNICOWANIA NASILENIA POSZCZEGÓLNYCH STYLÓW KOMUNIKACJI OSÓB PRACUJĄCYCH W RÓŻNYCH ZOZ-ACH (N = 249)

Zmienna styl otwarty	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	15,15	126,45	H = 0,639 p = 0,72
wojewódzki	94	15,26	128,69	
kliniczny	98	14,81	120,62	
Zmienna styl zamknięty	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	11,84	123,55	H = 0,639 p = 0,72
wojewódzki	94	11,73	121,31	
kliniczny	98	12,18	129,38	
Zmienna styl bezpośredni	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	13,56	126,35	H = 0,31 p = 0,85
wojewódzki	94	13,41	121,77	
kliniczny	98	13,66	127,32	

²⁴⁵ P. Louart, op.cit., s. 183.

Zmienna styl pośredni	N ważnych	Średnia	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallisa
powiatowy	57	13,43	123,65	H = 0,31 p = 0,85
wojewódzki	94	13,58	128,23	
kliniczny	98	13,33	122,68	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Wyniki testu Kruskala-Wallisa (tabela 32) wskazują, że pielęgniarki pracujące w różnych ZOZ-ach nie różnią się nasileniem poszczególnych stylów komunikacji. We wszystkich przypadkach wyniki testu nie są istotne statystycznie.

Następnie przeprowadzono analizę wariancji dla oceny klimatu organizacyjnego w relacji do czterech stylów komunikowania się pielęgniarek oraz poziomu braków w klimacie organizacyjnym w relacji do czterech stylów komunikowania się pielęgniarek.

TABELA 33. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA OCENY KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W RELACJI DO CZTERECH STYLÓW KOMUNIKOWANIA SIĘ PIEŁĘGNIAREK

Style komunikowania się	Oceny klimatu organizacyjnego			
	M	SD	Wartość F	p
Styl O	36,65	9,36	0,692	0,558
Styl Z	35,94	10,67		
Styl B	38,96	11,72		
Styl P	36,82	11,66		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Nie przeprowadzono testów POST-HOC Duncana, ponieważ wynik analizy był nieistotny. $F(3;223) = 0,692$ przy $p > 0,05$. Nieistotny wynik analizy wariancji oznacza, że styl komunikowania się nie ma istotnego związku z oceną klimatu organizacyjnego.

TABELA 34. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA POZIOMU BRAKÓW W KLIMACIE ORGANIZACYJNYM W RELACJI DO CZTERECH STYLÓW KOMUNIKOWANIA SIĘ PIEŁĘGNIAREK

Style komunikowania się	Poziomu braków w klimacie organizacyjnym			
	M	SD	Wartość F	p
Styl O	18,85	14,09	0,746	0,525
Styl Z	20,06	16,63		
Styl B	15,28	18,96		
Styl P	16,80	16,02		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Nie przeprowadzono testów POST-HOC Duncana, ponieważ wynik analizy był nieistotny. $F(3;223) = 0,746$ przy $p > 0,05$. Nieistotny wynik analizy wariancji oznacza, że styl

komunikowania się nie ma istotnego związku z oceną poziomu braków klimatu organizacyjnego.

3.3.2. Związek między stylami komunikacji a klimatem organizacyjnym w zakładach opieki zdrowotnej

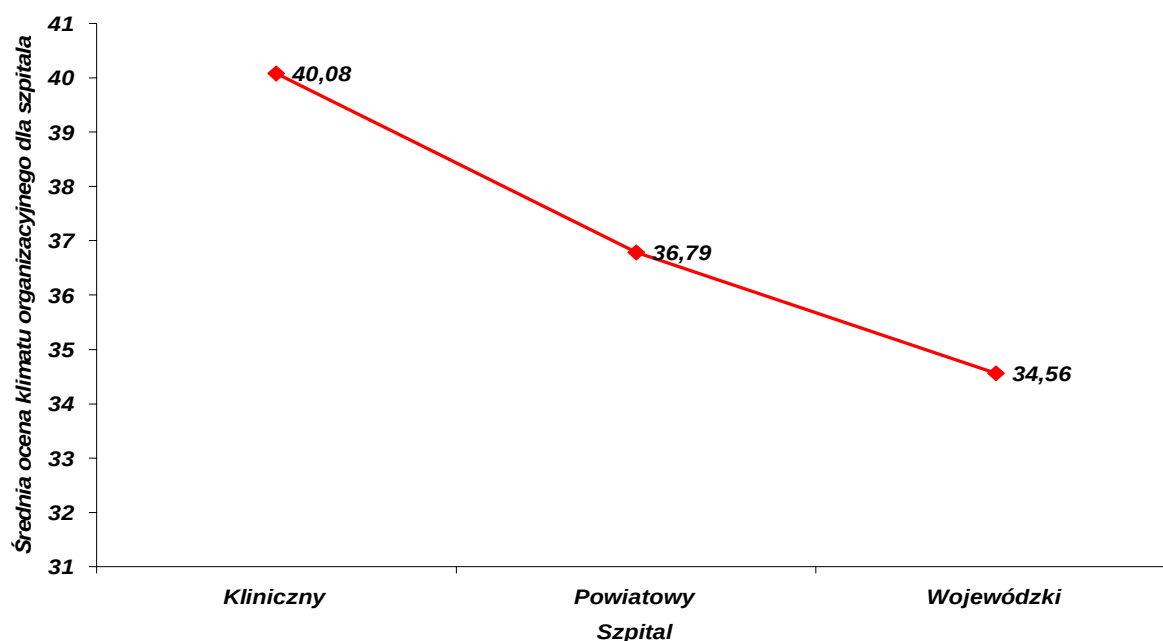
Na bazie studiów literaturowych trzeba stwierdzić, że dopasowanie stylów komunikowania się do klimatu organizacyjnego może wpłynąć pozytywnie nie tylko na organizację, ale również na samego pracownika. Z tego powodu w dalszej części pracy przeanalizowano te zależności, zwracając uwagę na klimat aktualnie panujący i oczekiwany. W pierwszej kolejności wykonano analizę wariancji w celu oceny klimatu organizacyjnego w relacji do czterech stylów komunikowania się pielęgniarek oraz trzech rodzajów szpitali.

TABELA 35. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA OCENY KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W RELACJI DO CZTERECH STYLÓW KOMUNIKOWANIA SIĘ PIELEŃGNIAREK ORAZ TRZECH RODZAJÓW SZPITALI

Wyszczególnienie	SS	df	MS	Wartość F	p
Styl komunikowania się	264,17	3	88,06	0,779	0,507
Szpital	874,12	2	437,06	3,867	0,022
Interakcje	1216,67	6	202,78	1,794	0,101

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Wynik dla *szpitala* jest istotny. $F(2;215) = 3,867$ przy $p < 0,05$. To oznacza, że ocena klimatu organizacyjnego różni się w zależności od szpitala. Średni poziom oceny klimatu organizacyjnego dla szpitala klinicznego wynosi 40,08 i jest najwyższy spośród szpitali, średni poziom oceny klimatu organizacyjnego dla szpitala powiatowego wynosi 36,79, a średni poziom oceny klimatu organizacyjnego dla szpitala wojewódzkiego wynosi 34,56 i jest najniższy.



WYKRES 5. ŚREDNIA OCENA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO A RODZAJ SZPITALA

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet

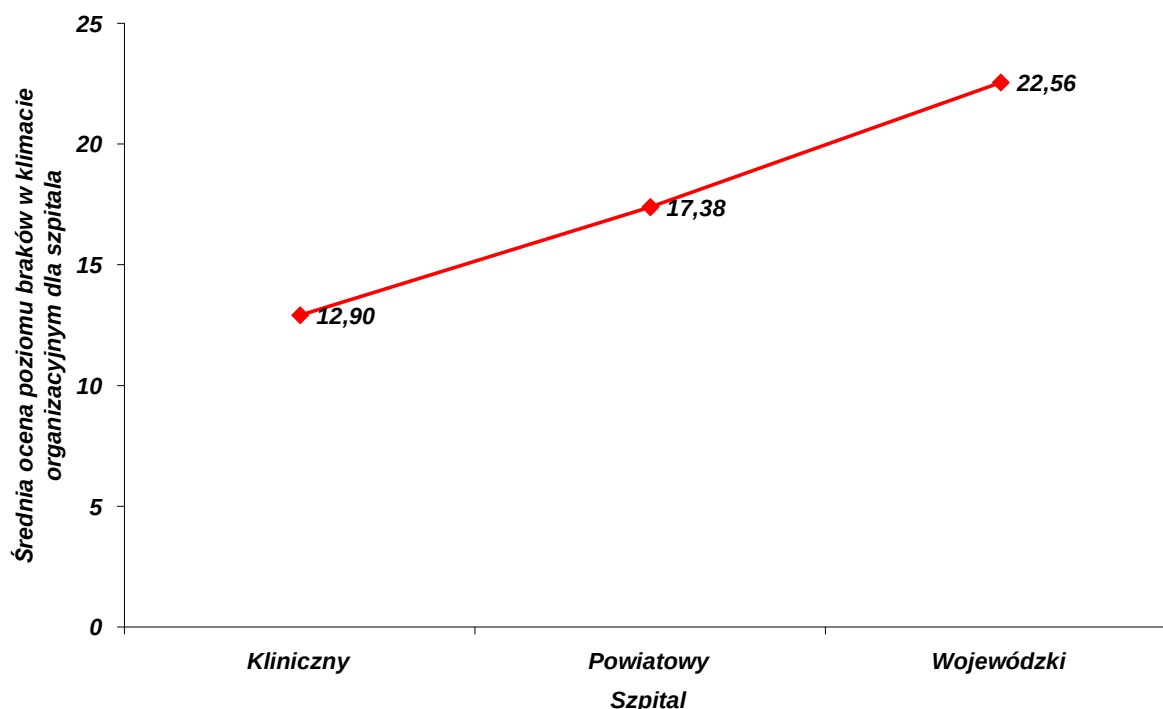
Następnie wykonano analizę wariancji dla poziomu braków w klimacie organizacyjnym w relacji do czterech stylów komunikowania się pielęgniarek oraz trzech rodzajów szpitali.

TABELA 36. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA POZIOMU BRAKÓW W KLIMACIE ORGANIZACYJNYM W RELACJI DO CZTERECH STYLÓW KOMUNIKOWANIA SIĘ PIEŁĘGNIAREK ORAZ TRZECH RODZAJÓW SZPITALI

Wyszczególnienie	SS	df	MS	Wartość F	p
Styl komunikowania się	760,63	3	253,54	1,014	0,387
Szpital	2646,36	2	1323,18	5,292	0,006
Interakcje	3115,66	6	519,28	2,077	0,057

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Wynik dla *szpitala* jest istotny. $F(2;215) = 5,292$ przy $p < 0,05$. To oznacza, że ocena poziomu braków klimatu organizacyjnego różni się w zależności od szpitala.



WYKRES 6. ŚREDNIA OCENA POZIOMU BRAKÓW W KLIMACIE ORGANIZACYJNYM A RODZAJ SZPITALA

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet

Średni poziom oceny braków klimatu organizacyjnego dla szpitala klinicznego wynosi 12,90 i jest najniższy spośród szpitali. Średni poziom oceny braków klimatu organizacyjnego dla szpitala powiatowego wynosi 17,38, a dla szpitala wojewódzkiego wynosi 22,56 i jest najwyższy spośród szpitali.

3.3.3. Wpływ czynników demograficznych na klimat organizacyjny i styl komunikacji pielęgniarek

Przeanalizowano związek pomiędzy preferowanym stylem komunikacji a czynnikami demograficznymi. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że jedynie czynnik *zajmowane stanowisko* wykazuje istotne różnice statystyczne. Pozostałe czynniki demograficzne, takie jak: wiek, staż w zawodzie, wykształcenie, nie różnią się nasileniem poszczególnych stylów komunikacji. We wszystkich tych przypadkach wyniki testu Kruskala-Wallisa nie są istotne statystycznie.

W poniższej tabeli przedstawiono wyniki testu t-studenta ukazujące nasilenie poszczególnych stylów komunikacji ze względu na zajmowane stanowisko.

TABELA 37. WYNIKI TESTU T-STUDENTA DOTYCZĄCE ZRÓŻNICOWANIA NASILENIA POSZCZEGÓLNYCH STYLÓW KOMUNIKACJI ZE WZGLĘDU NA ZAJMOWANE STANOWISKO

Styl komunikowania się	Zajmowane stanowisko	Średnia	Odchylenie standardowe	t	Istotność
Styl O	pielęgniarka odcinkowa	15,19	3,079	2,367	0,019
	pielęgniarka oddziałowa	13,47	2,611		
Styl Z	pielęgniarka odcinkowa	11,80	3,079	-2,367	0,019
	pielęgniarka oddziałowa	13,52	2,6112		
Styl B	pielęgniarka odcinkowa	13,57	3,5168	0,424	0,672
	pielęgniarka oddziałowa	13,21	4,378		
Styl P	pielęgniarka odcinkowa	13,42	3,516	-0,424	0,672
	pielęgniarka oddziałowa	13,78	4,378		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Wyniki testu t-studenta wskazują, że pielęgniarki zajmujące różne stanowiska różnią się nasileniem stylu O i Z. W tych przypadkach wyniki testu są istotne statystycznie. Analiza tej tabeli pozwala zorientować się, która z grup osiąga najwyższe wyniki w tych dwóch stylach.

- Pielęgniarki odcinkowe mają istotnie ($t = 2,37$; $0,02$) wyższy poziom stylu O ($M = 15,19$), niż pielęgniarki oddziałowe ($M = 13,47$).
- Pielęgniarki odcinkowe mają istotnie ($t = -2,37$; $0,02$) niższy poziom stylu Z ($M = 11,8$), niż pielęgniarki oddziałowe ($M = 13,52$).

Stanowisko zmienia styl otwarty-zamknięty (pielęgniarki odcinkowe preferują styl bardziej otwarty, a oddziałowe bardziej zamknięty), ale nie ma wpływu na poziom stylu B i P.

Rozdział 4.

Dyskusja i wnioski

4.1. Dyskusja

Celem głównym pracy była identyfikacja czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim oraz ich konsekwencje dla funkcjonowania zawodowego pielęgniarek w zakładach opieki zdrowotnej. Autorka pracy oparła się na licznych opracowaniach literaturowych, jednakże nie znaleziono wyników badań, które analizują czynniki determinujące efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim z perspektywy psychologicznej. Jak słusznie zauważają S. Matthews i S. MacDonald-Rencz, potrzeba zdrowego i przyjaznego środowiska pracy w zakładach opieki zdrowotnej, jak i efektywna współpraca w zespole, to czynniki mające ogromny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie w sektorze zdrowotnym²⁴⁶. Starano się więc poszczególne elementy badań własnych skonfrontować z badaniami przeprowadzonymi w innych organizacjach.

W pierwszej kolejności dokonano prezentacji systemu wartości pielęgniarek zatrudnionych w różnych rodzajach zakładów opieki zdrowotnej i wskazano różnice w zakresie uznawanych wartości ostatecznych i instrumentalnych. Na podstawie badań IBM oraz IRIC zauważono, że system wartości jest różnicowany na poziomie narodowym, a nie organizacyjnym²⁴⁷. Wyniki, jakie uzyskała autorka pracy pozwalają stwierdzić, że różnice te zauważone zostały już na poziomie organizacji o tym samym profilu. Wskazują one, że pielęgniarki pracujące w różnych ZOZ-ach inaczej cenią takie wartości ostateczne, jak: *ambitny, zdolność, czystość, wyrozumiałość, pomocny, obdarzony wyobraźnią, posłuszny* oraz inaczej cenią wartości instrumentalne, jak: *wygodne życie, bezpieczeństwo rodziny, wolność, szczęście, poczucie własnej godności, pozycja społeczna, prawdziwa przyjaźń, mądrość*.

²⁴⁶ S. Matthews, S. MacDonald-Rencz, *Health Workplaces and Teamwork For Healthcare Workers Need Public Engagement*, "Healthcare Papers" 2007, no. 7., s. 52.

²⁴⁷ G. Hofstede, *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2000, s. 64.

W przedmiotowym badaniu wybrano pięć najwyżej cenionych wartości. Wyniki istotne statystycznie wykazały, że w szpitalu powiatowym dla pielęgniarek najważniejsza jest pozycja społeczna, ale również cenią one taką wartość jak *zdolność*. W szpitalu wojewódzkim najwyżej cenioną wartością jest *ambitny*, natomiast w szpitalu klinicznym *poczucie własnej godności*. Przy analizie badań przeprowadzonych przez Hofstede i IRIC zwrócono uwagę na dodatkowe kryteria – czynniki demograficzne – które mogą wpłynąć na wyniki badań²⁴⁸. Autorka przeprowadziła taką analizę i uzyskała wyniki istotne statystycznie. W przypadku kryterium wieku – istotnie statystyczne różnice zauważyć można w takich wartościach jak: *ambitny*, *odpowiedzialność*, *poczucie własnej godności*. Okazało się, że grupa osób w wieku od 31 do 40 lat najwyżej ceni wartość *ambitny*, natomiast osoby w wieku od 41 do 50 *odpowiedzialność*. *Poczucie własnej godności* najwyżej oceniły osoby w wieku od 20 do 30 lat. Analizując staż pracy wynik istotny statystycznie uzyskano dla wartości *odpowiedzialność* i jest najwyżej cenioną wartością dla osób ze stażem pracy 21-25 lat. Można przypuszczać, że wartość *odpowiedzialność* najbardziej widoczna staje się u pielęgniarki wraz z upływem wieku i stażu pracy. Im bowiem pielęgniarka starsza i jej staż pracy dłuższy, tym poczucie odpowiedzialności u niej większe. Zakłady opieki zdrowotnej powinny szczególną uwagę skupić na starszej wiekiem kadrze i zapewniać jej poczucie wartości *pozycja społeczna*. Wartość *ambitny* najwyżej ceniona jest wśród pielęgniarek pracujących w szpitalu wojewódzkim, w przedziale wiekowym 31-40 lat. Wydawać się może, że przyczyn takiej sytuacji należy upatrywać w ustabilizowanej sytuacji życiowej i chęci zaspakajania swoich ambicji poprzez podnoszenie kwalifikacji. Istotne różnice zaobserwowano również analizując poziom wykształcenia. *Pozycja społeczna* jako wartość dostrzeżona została najwyraźniej przez pielęgniarki pracujące w szpitalu powiatowym i posiadające dyplom pielęgniarski. Uzasadnienie tego zjawiska należy upatrywać w problemie bezrobocia w małych miastach powiatowych, poczucia prestiżu i uznania społecznego (szpital jest często jednym z największych zakładów pracy) oraz utrudnionym dostępem do dalszej edukacji w tym zawodzie. Wsparcie społeczne powoduje, że te pielęgniarki będą pracowały w tym zawodzie, nie zwracając uwagi na przeciwności²⁴⁹, jak np. niskie zarobki czy też brak możliwości kształcenia. *Poczucie własnej godności* zostało najwyżej ocenione przez pielęgniarki w wieku 20-30 lat zatrudnionych w szpitalach klinicznych. Uważa się, że pielęgniarki dostrzegają znaczenie rangi szpitala, dlatego też preferują rozpoczęcie kariery zawodowej w szpitalach

²⁴⁸ G. Hofstede, *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2000, s. 64.

²⁴⁹ R. Cieślak, A. Eliaż, *Wsparcie społeczne a osobowość*, w: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 83.

klinicznych, umożliwiających rozwój indywidualny i socjalny. Świadomość podnoszenia swoich kwalifikacji ma także związek z efektywnością wykonywanej pracy przez pielęgniarki²⁵⁰.

Otrzymane wyniki badań klimatu organizacyjnego porównano do badań G. Hofsteda²⁵¹, który stwierdził, że najważniejsza w organizacji jest „wspólnota codziennych praktyk”. Z badań prezentowanych w niniejszej pracy wynika, że przynależność do danego typu ZOZ-u różnicuje tylko jeden wymiar klimatu organizacyjnego aktualnego – *konformizm*, natomiast oczekiwanego – *wymagania*. Pielęgniarki w wieku pomiędzy 41-50 lat najwyżej oceniają oczekiwane wymagania. Okazuje się zatem, że doświadczenie życiowe ma istotne znaczenie dla formułowania oczekiwań względem pracy zespołowej. Wyniki badań wskazują, iż wyłącznie ten przedział wiekowy wykazuje największe predyspozycje w określaniu tych wymagań. Im starsza wiekiem pielęgniarka, tym większe jej oczekiwane wymagania. Obydwa te wymiary najwyżej oceniły pielęgniarki pracujące w szpitalu wojewódzkim. *Konformizm* wskazuje na nadmierną biurokratyzację, z którą nie zgadzają się pielęgniarki. Chciałyby one czas poświęcony na procedury przeznaczyć na kontakt z pacjentem. Nasuwa się zatem wniosek skierowany w stosunku do osób zarządzających placówką o zminimalizowanie i uproszczenie obecnie panujących przepisów i procedur. Pielęgniarki chciałyby odgrywać rolę osoby opiekującej się pacjentem, co znalazło również potwierdzenie w oczekiwanych wymaganiach. Przypuszcza się, że w wymiarze *konformizm aktualny* brak istotności statystycznej w szpitalach powiatowym i wojewódzkim spowodowany jest innymi kwestiami. Mianowicie, szpitale te nie wszystkie jeszcze są skomputeryzowane, co pozwala na uproszczenie przepisów i procedur. Istotą klimatu organizacyjnego są wspólne dla wszystkich wartości. Odnosząc się do badań IRIC można udzielić wskazówek, które mogłyby pozytywnie wpłynąć na zmiany w klimacie panującym w danej organizacji. Kierownicy znając wartości preferowane przez ich pracowników są w stanie trafnie sformułować misję organizacji, co, jak zauważają K. Obłój²⁵² i L. Zbiegień-Maciąg²⁵³, sprzyja umiejętności dostosowania się do zmian, powoduje poczucie bezpieczeństwa, staje się dumą dla pracowników, a w dużej mierze stanowi podstawę do formułowania celów. Efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim uzależniona jest od panującego klimatu organizacyjnego.

²⁵⁰ B. Dobrowolska, M. Putowski, I. Wrońska, D. Kozak, M. Cuber, *Zapotrzebowanie pielęgniarek i lekarzy na kształcenie podyplomowe z zakresu opieki nad pacjentem umierającym*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, nr 16, s. 48-53.

²⁵¹ G. Hofstede, *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2000, s. 40.

²⁵² K. Obłój, *Strategia organizacji. W poszukiwanie trwałej przewagi konkurencyjnej*, wyd. 2 zm., PWE, Warszawa 2007, s. 148.

²⁵³ L. Zbiegień-Maciąg, *Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, wyd. 2, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 77.

Wyniki badań wskazują, iż istnieje duża dysproporcja pomiędzy aktualnie panującym a oczekiwanym klimatem organizacyjnym. W tej sytuacji należy dążyć do poprawy relacji pomiędzy kadrą zarządzającą a pielęgniarkami w celu zlikwidowania istniejących różnic. Jak wykazano w części literaturowej niniejszej dysertacji, praca zespołowa pielęgniarek jest sumą wielu czynności (m.in. związanych z opieką nad pacjentem), a wyłącznie wszystkie wymiary klimatu organizacyjnego stanowią bodziec, motywację do lepszej, efektywniejszej pracy, dającej pełną satysfakcję pacjentowi. Pielęgniarki pracujące w zespole oczekują innych mechanizmów motywowania ich do pracy²⁵⁴, poprzez docenianie, wyższe zarobki, dodatkowe premie, uznanie. Można jedynie przypuszczać, iż powstała dysproporcja pomiędzy oczekiwanym a panującym klimatem organizacyjnym, źródło swe znajduje w braku poprawnych relacji pomiędzy nimi a ich przełożonymi. Brak wykonywania zadań przez zespoły, a co za tym idzie zła organizacja pracy i brak współpracy z przełożonymi, może nieść konsekwencje zarówno w procesie efektywnego wykonywania zadań jak i jego jakości²⁵⁵. Pielęgniarki tym samym wyznaczyły nowe spojrzenie na rolę kierownika w zarządzaniu zespołem pielęgniarskim.

Zwracając uwagę na fakt, że styl sprawowania władzy jest ściśle powiązany z procesem kierowania, biorąc także pod uwagę definicję B. Kozusznik, która określa styl kierowania jako świadome oddziaływanie na pracowników w celu skłonienia ich do realizacji organizacyjnych celów, autorka pracy przeanalizowała znaczenie klimatu organizacyjnego i jego wpływu na styl kierowania. Z badań wynika, że zachodzą istotne różnice pod względem preferowanego stylu kierowania w poszczególnych rodzajach zakładów opieki zdrowotnej oraz że klimat organizacyjny ma istotny wpływ na wybór stylu kierowania w danym zakładzie. W odniesieniu do badań realizowanych w ramach międzynarodowego projektu GLOBE, opisanych przez J. Mączyńskiego i S. Witkowskiego²⁵⁶, okazuje się, że osoby zajmujące kierownicze stanowiska w sposób istotny różnicują sposoby zachowań. Obserwując polskich kierowników zauważono, że akceptują oni nierówność między ludźmi, wynikającą z zajmowanej przez nich pozycji w strukturze organizacji, wykazują niechęć do dzielenia się władzą z podwładnymi oraz przejawiają tendencję do autokratycznego stylu kierowania. Niestety, styl ten jest mocno zakorzeniony w systemie wartości polskich

²⁵⁴ T. Murrells, S. Robinson, P. Griffiths, *Job Satisfaction Trends During Nurses' Early career*, "BMC Nursing" 2008, 7:7, s. 1.

²⁵⁵ H. Pieciewicz-Szczesna, T. Matwiejczyk, E. Walczuk, *Efektywność wykorzystania zasobów pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym na Białorusi*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2009, nr 17, s. 294-300.

²⁵⁶ J. Mączyński, S. Witkowski, *Międzykulturowa percepcja przywództwa*, w: *Sukces w zarządzaniu. Problemy organizacyjno-zarządcze i psychospołeczne*, red. T. Listwan, S. Witkowski, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2001, s. 257-264.

kierowników²⁵⁷. Z badań autorki pracy wynika, że wprawdzie preferowanym stylem kierowania jest styl demokratyczny, jednakże zauważa się nasilenie stylu autokratycznego w szpitalach powiatowych. Najczęściej funkcjonuje on jako jedyny szpital w regionie czy powiecie. Uznać więc należy, że pielęgniarki tam pracujące takiego stylu oczekują. Być może przyczyn takiej sytuacji należy szukać w mniejszej świadomości, edukacji czy mniejszej skłonności do samodzielnego podejmowania ryzyka. Styl kierowania w pracy zespołowej wpływa nie tylko na efektywność pracy, ale również ukazuje potrzebę przynależności do grupy oraz nawiązywania związków emocjonalnych. Jak pokazały badania własne, wśród pielęgniarek nie zauważa się znaczących różnic w wyborze stylu kierowania. Wynika stąd, że pielęgniarka potrzebuje w swoim zawodzie przełożonego, który będzie stosował wszystkie trzy style kierowania, w zależności od zaistniałych okoliczności. Nie mniej jednak pracownik oczekuje, że jego bezpośredni przełożony, będzie w stanie sprawić, że praca, którą wykona będzie efektywna. Każdy z tych stylów ma pozytywne aspekty, których oddziaływanie jest uzależnione od potrzeb i wymagań stawianych pielęgniarkom. Należy mieć świadomość, jak zauważa M. Dobrzyński, że kierownik określając własny styl musi dostosować swoje zachowanie do charakterystyki klimatu, w którym pracuje²⁵⁸. Z badań autorki wynika również, że osoby preferujące styl konsultatywny oceniają klimat organizacyjny istotnie niżej, niż osoby preferujące styl autokratyczny i demokratyczny. Może to potwierdzić tezę, że w celu zapewnienia sprawnego działania kierownictwa i całej organizacji, istotnym staje się nie tylko odpowiedni dobór osób na wyższe szczeble kierowania, ale także kształtowanie pozytywnego klimatu emocjonalnego, i co za tym idzie, doskonalenie struktur organizacyjnych.

Kolejnym problemem związanym z klimatem organizacyjnym jest styl komunikacji. Z badań wynika, że pielęgniarki pracujące w różnych ZOZ-ach nie różnią się nasileniem poszczególnych stylów komunikacji. Nie mają one zresztą istotnego związku z oceną klimatu organizacyjnego. Jednakże warto przyjrzeć się badaniom B. Fryzeł²⁵⁹, która zajmowała się analizą tej zależności, badając przedsiębiorstwa w trzech krajach (Czechy, Holandia, Polska). Zwróciła ona uwagę nie tyle na poziom komunikacji w organizacji, co na poziom interpersonalny, a więc na tzw. styl zachowań komunikacyjnych, zwany przez D.W. Merrilla

²⁵⁷ Ibidem.

²⁵⁸ M. Dobrzyński, *Klimat organizacyjny jako regulator zachowania się ludzi*, „Organizacja i Kierowanie” 1981, nr 1, s. 14.

²⁵⁹ B. Fryzeł, *Kultura a konkurencyjność przedsiębiorstwa*, TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń 2004, s. 149.

i R. Reida²⁶⁰ stylem społecznym. Opisywane przez nich style określają typy zachowań werbalnych i niewerbalnych w trakcie komunikacji. Aczkolwiek zaznaczają oni, że znajomość własnego stylu oraz umiejętność rozpoznania i analiza stylu osoby, z którą rozmawiamy, zdecydowanie usprawnia proces komunikacji. H. Shermont oraz D. Krepcio, na podstawie badań przeprowadzonych w szpitalach w Karolinie Północnej, stwierdzili, że pielęgniarki wskazywały dobre relacje interpersonalne ze współpracownikami oraz zadowolający sposób motywowania, jako te czynniki, które wpływają na ich integrację z organizacją²⁶¹. Zakłady opieki zdrowotnej to z reguły duże organizacje i, jak zauważa L. Zbiegień-Maciąg²⁶², w obrębie tej samej organizacji mogą być obecne różne klimaty, co może powodować dysharmonię kulturową. Przeprowadzając analizę wariancji dla oceny klimatu organizacyjnego i jego braków w relacji do stylów komunikowania i rodzajów szpitali okazało się, że w szpitalu wojewódzkim są istotne różnice w sposobie komunikowania się lub – oceniając nawet dalej – braku komunikowania się. W takich przypadkach zaleca się wprowadzenie programu integracyjnego, który zmieni klimat na najlepszy i najskuteczniejszy dla danej organizacji, co w konsekwencji poprawi również komunikację w zespołach pracowniczych²⁶³.

Z badań przeprowadzonych przez autorkę wynika, że w środowisku pielęgniarskim dominującym stylem komunikacji jest styl otwarty i bezpośredni. Uznać więc należy, że pielęgniarki są osobami, które aktywnie słuchają ludzi. W relacji z przełożonymi oczekują otwartości i bezpośredniości. Zawód ten wymaga szybkości w działaniu oraz zaangażowania i ścisłej współpracy z innymi. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że zajmowane stanowisko wykazuje istotne różnice w nasileniu stylów komunikacji. Zarówno w otwartym jak i bezpośrednim najwyższe wyniki osiągnęły pielęgniarki odcinkowe. Wynikają one ze specyfiki poszczególnych stanowisk. Mianowicie, pielęgniarka odcinkowa kontaktuje się bezpośrednio zarówno z personelem medycznym, jak i pacjentem. W przypadku pielęgniarki oddziałowej – komunikacja taka jest mniejsza. Powstawanie barier

²⁶⁰ D.W. Merrill, R. Reid, *Personal styles and effective performance. Make your style work for you*, Chilton Book Company, Radnor Pa 1981, s. 237.

²⁶¹ H. Shermont, D. Krepcio, *The Impact of Culture Change on Nurse Retention*, "Jurnal of Nursing Administration" 2006, no. 36, s. 407.

²⁶² L. Zbiegień-Maciąg, op.cit., s. 15.

²⁶³ Ph. O'Reilly, *Barriers to Effective Clinical Decision Making in Nursing*, s. 6 www.ciap.health.nsv.gov.au/hospolic/stvincents/1993/a04html (data dostępu 28.12.2009).

komunikacyjnych między podwładnym a przełożonym może doprowadzić do braku satysfakcji z wykonywanej pracy i nieumiejętnością radzenia sobie w sytuacjach trudnych²⁶⁴.

Skuteczność i efektywność pracy zespołowej jest wynikiem wspólnych konsultacji i przemyśleń, zarówno pielęgniarek, jak i ich przełożonego. Od skuteczności kierownika zależy skuteczność osób, którymi on zarządza²⁶⁵. Zawód ten wymaga postawy otwartej, osoby w tym zawodzie nie pracują w samotności, zmuszone są do podejmowania stałych konsultacji z całym zespołem terapeutycznym. Styl bezpośredni jest również istotny w relacjach z pacjentem. Współcześnie pacjent zwraca uwagę na informacje przekazywane od personelu medycznego. Przyjazny pacjentowi zakład opieki zdrowotnej to zakład otwarty, który można rozpoznać już na etapie pierwszego kontaktu. Jednym z głównych zadań stojących po stronie pielęgniarek to pewnego rodzaju „doradzanie” pacjentowi, które polega na umiejętnym udzielaniu informacji. Jest to jednak bardzo specyficzne informowanie, gdzie niezbędna staje się umiejętność właściwej komunikacji.

Jak twierdzi, na podstawie badań swoich oraz swojego zespołu, D. Clements, niezwykle istotnym faktem dla efektywnego kierowania zespołem jest jego integralność, kompetencja i atmosfera wzajemnego zaufania. Uważa on, że tylko takie zespoły są w stanie osiągnąć wysoką jakość pracy na gruncie organizacyjnym i przyczynić się do zwiększenia efektywności w miejscu pracy²⁶⁶. Rolą kadry zarządzającej zakładami opieki zdrowotnej jest zastosowanie takich narzędzi i metod, które w racjonalny sposób będą chronić pracowników oraz będą sprzyjać budowaniu zdrowego i bezpiecznego środowiska pracy.

Efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim jest ważnym aspektem zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej w Polsce. Dlatego też zakłady te powinny być zainteresowane zmianą mechanizmów kierowania zespołami pracowniczymi, ponieważ w gospodarce rynkowej jest to taki sam podmiot gospodarczy, jak każdy inny. Chcąc więc osiągnąć zaplanowane cele rynkowe nie powinien on tylko zidentyfikować istniejące zagrożenia, ale powinien także rozumieć istotę znaczenia mechanizmów kształtujących efektywność kierowania pracą zespołu. Dlatego błędem jest powszechne mniemanie, iż podstawą efektywności zakładów opieki zdrowotnej pozostają wyniki ekonomiczne. Oczywiście jest, że odgrywają one ogromną rolę, jednakże nie mogą być interpretowane w oderwaniu od czynników psychologicznych.

²⁶⁴ H.K. Spence Laschinger, *Building Healthy Workplaces: Time to Act on the Evidence*, „Healthcare Papers”, 2007, nr 7, s. 42-45.

²⁶⁵ B. Buchelt, *Znaczenie kierowników liniowych w zarządzaniu zasobami ludzkimi na przykładzie wybranych procesów realizowanych przez współczesne organizacje*, „Problemy Zarządzania” 2008, nr 22, s. 57.

²⁶⁶ D. Clements, M. Dault M., A. Priest, *Effective Teamwork in Healthcare: Research and Reality*, „Healthcare Papers” 2007, no 7, s. 27.

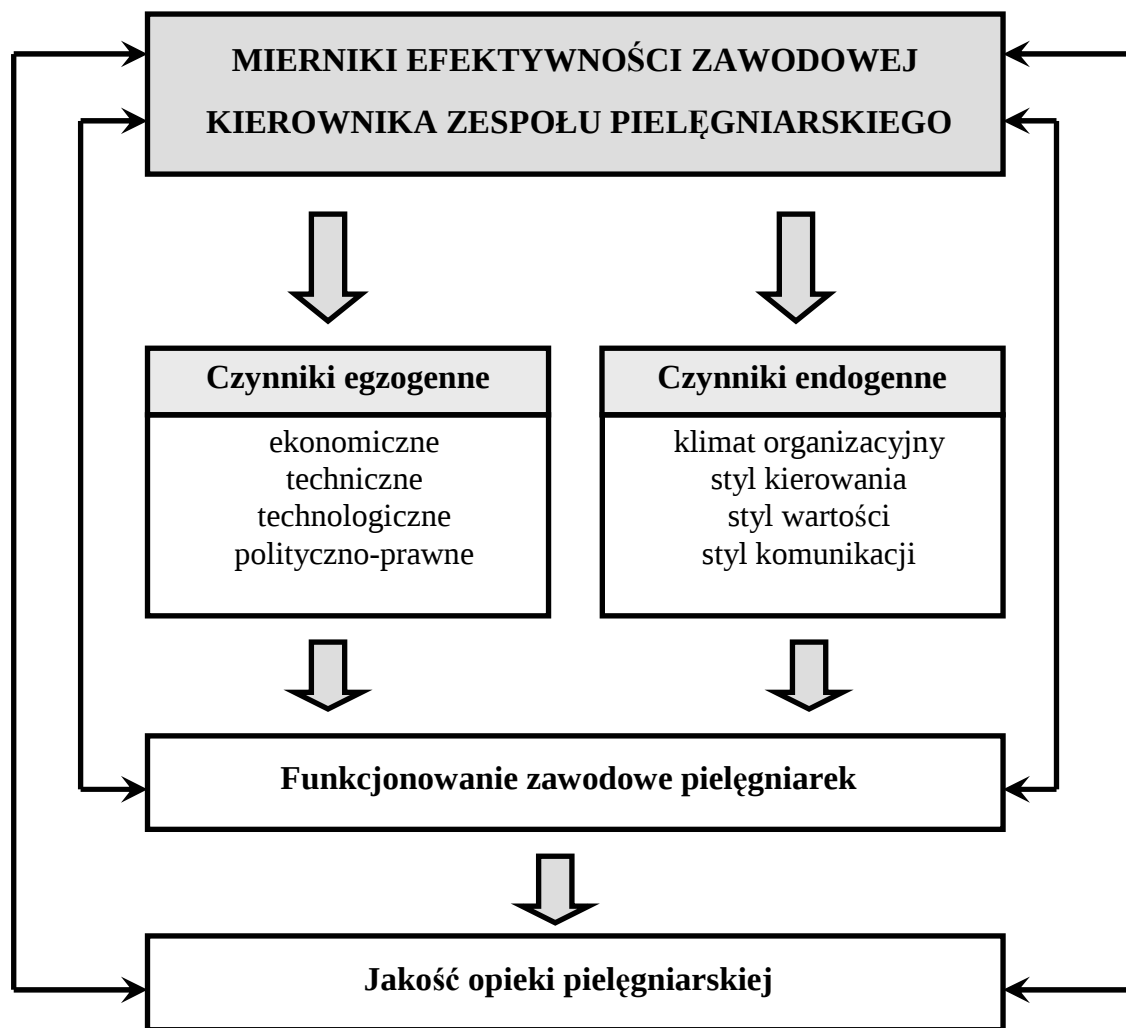
Otrzymane wyniki badań można wykorzystać w projektowaniu konkretnych narzędzi i systemów zarządzania. Ważnym jest uświadomienie kadrze wyższego szczebla, że klimat organizacyjny, system wartości, styl kierowania, styl komunikacji mogą przesądzać o pozycji konkurencyjnej zakładu. Trafnie przeprowadzona w tej części pracy identyfikacja czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim może okazać się szczególnie ważna w dobie obecnych i przyszłych zmian.

Głównym celem przeprowadzonych badań było:

- 1) identyfikacja czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim w zakładach opieki zdrowotnej i określenie ich znaczenia w ocenie pielęgniarek,
- 2) zaprezentowanie modelu ukazującego mierniki efektywności zawodowej kierownika zespołu pielęgniarskiego,
- 3) zdefiniowanie pojęcia 'efektywny zespół pielęgniarski w zakładach opieki zdrowotnej',
- 4) wskazanie potencjalnych możliwości wykorzystania ww. modelu w kształtowaniu efektywnego funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

Na bazie dotychczasowych rozważań skonstruowano kilka spostrzeżeń natury ogólnej. Badane pielęgniarki były osobami czynnymi zawodowo. Zatem były one świadkami i uczestnikami przemian gospodarczych w sektorze usług medycznych. Można również założyć, że osoby te oswoiły się z reformami w służbie zdrowia i realiami rynku. Poznały więc podstawowe kategorie ekonomiczne. Transparentnie opisują swoje potrzeby i preferencje, co należy ocenić pozytywnie.

Poniżej zaprezentowano model ukazujący mierniki efektywności zawodowej kierownika zespołu pielęgniarskiego. Identyfikacja czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim w zakładach opieki zdrowotnej skłania do wniosku, że efektywność zawodowa kierownika zespołu pielęgniarskiego odzwierciedla właśnie poniższy model. Zakłada on, że efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim ma wymiar interdyscyplinarny. Wpływają na nią zarówno czynniki egzogenne (ekonomiczne, techniczne, technologiczne, polityczno-prawne), świadczące m.in. o pozycji rynkowej danego zakładu czy sytuacji finansowej, jak i czynniki endogenne (psychologiczne), trudniejsze w interpretacji. Jak już wcześniej podkreślano, problem efektywności kierowania zespołem pielęgniarskim nie może być rozpatrywać wyłącznie na gruncie czynników egzogennych. Z tego powodu słuszne jest zaprezentowanie poniższego modelu uwzględniającego zestawienie tych czynników i ich wzajemne relacje.



RYSUNEK 7. MODEL II – MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ KIEROWNIKA ZESPOŁU PIELĘGNIARSKIEGO

Źródło: opracowanie własne

Zaprezentowany powyżej model mierników efektywności zawodowej kierownika zespołu pielęgniarskiego wskazuje, iż czynniki zewnętrzne i wewnętrzne wpływają na funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek, co z kolei wpływa na jakość sprawowanej przez nie opieki. W konsekwencji zarówno jakość opieki pielęgniarskiej, jak i funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek wpływa na efektywność zawodową kierownika zespołu pielęgniarskiego.

Różnorodność elementów zawartych w poszczególnych parametrach oceny skłania do znacznego uogólnienia definicji efektywnego zespołu pielęgniarskiego w zakładach opieki zdrowotnej. Przedstawiony materiał badawczy daje obraz efektywnego zespołu w zakładzie

opieki zdrowotnej. Oczywiście obraz ten jest fragmentaryczny, gdyż uwzględnia tylko wybrane czynniki.

Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń wynikających z treści teoretycznej dysertacji oraz na bazie przeprowadzonych badań wnioskuje się, że **efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim** w zakładach opieki zdrowotnej jest kombinacją czynników egzogennych oraz endogennych i ma charakter interdyscyplinarny. Zachowana równowaga pomiędzy tymi czynnikami pozwala na prawidłowe funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek, co z kolei znajduje odzwierciedlenie w jakości sprawowanej opieki. Stąd też nasuwają się wskazówki kierowane do kadry kierowniczej, a mianowicie:

- podjęcie działań na rzecz edukacji kadry kierowniczej w zakresie kształtowania czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim oraz podkreślenia ich znaczenia w realizacji zadań²⁶⁷, które ułatwią planowanie funkcji personalnej i procesów zarządczych w tego typu organizacjach,
- podjęcie wspólnych działań w zakresie badania czynników wewnętrznych, mających wpływ na efektywność zespołów pracowniczych, poprzez spotkania formalne i nieformalne na różnych szczeblach kierowniczych²⁶⁸, które mogą wpływać na poprawę stosunków interpersonalnych,
- prowadzenie edukacji pielęgniarek z zakresu oczekiwanego poziomu jakości opieki nad pacjentem; niezbędne staje się wprowadzenie specjalistycznych szkoleń w zakresie kultury obsługi, asertywności, odporności na stres, zarządzania zmianą, zarządzania konfliktem²⁶⁹. Wprowadzenie tego typu działań zachęciłoby potencjalnych przeszłych pracowników do podjęcia pracy w tych zakładach,
- zmiana dotychczasowego sposobu kierowania pracownikami niższego rzędu, uwzględniającego wyższe kompetencje zawodowe, a także większego uznania poprzez eliminację nieefektywnej kontroli²⁷⁰. Efekt ten można uzyskać wprowadzając do pracy narzędzia controllingu²⁷¹, a także przez partycypację czy też ograniczanie barier w komunikowaniu się²⁷².

²⁶⁷ B. Buchelt, op.cit., s. 57

²⁶⁸ G. Bartkowiak, *Stres i wypalenie zawodowe pracowników ochrony zdrowia w świetle wyników badań*, „Przewodnik Menedżera Zdrowia” 2002, nr 4, s. 19.

²⁶⁹ C. Maslach, W.B. Schaufeli, M.P. Leiter, *Job Burnout*, “Annual Review of Psychology” 2001, nr 52, s.418-420.

²⁷⁰ D. Kunecka, Z. Szych, *Nadmierna kontrola w zespole pielęgniarskim – patologia zarządzania*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, nr 16, s. 26.

²⁷¹ M. Nowak, *Controllingowe wsparcie usprawniania pracy menedżera oraz optymalizacja jej efektów*, „Problemy Zarządzania” 2008, nr 22, s. 89.

²⁷² Ph. O'Reilly, op.cit.

Nowe ujęcie problemu efektywnego kierowania zespołem pielęgniarskim w zakładach opieki zdrowotnej wymaga obserwacji, ale także wprowadzenia zmian w kształtowaniu czynników endogennych i egzogennych. Równie istotnym warunkiem jest zachowanie równowagi pomiędzy tymi czynnikami oraz mobilizacja wszystkich uczestników tego procesu, nie tylko kadry kierowniczej niższego rzędu (oddziałowe), ale również kadry medycznej wyższego szczebla (kierowników zakładów opieki zdrowotnej), do zmiany spojrzenia na zagadnienie efektywności kierowania zespołem pielęgniarskim w zakresie szerszym – interdyscyplinarnym. Uwzględnienie powyższych sugestii może pozwolić zakładom opieki zdrowotnej na poprawę aktualnej i przyszłej efektywności kierowania zespołem pielęgniarskim. Dodatkowo, zjawisko to może mieć istotne konsekwencje na konkurencyjnym rynku usług medycznych, ponieważ dotychczasowe instrumenty kształtowania efektywności mogą nie znaleźć odzwierciedlenia w oczekiwaniach i preferencjach pielęgniarek i pacjentów – głównych interesariuszy, od których zależy wzrost, rozwój i przetrwanie zakładów opieki zdrowotnej.

Zaprezentowana koncepcja efektywności o charakterze interdyscyplinarnym budzi jednak u autorki pewne wątpliwości. Brak jasno określonej polityki państwa, niepewność jutra, pomysły i reformy ukierunkowane na uzdrowienie systemu opieki zdrowotnej mogą spowodować zakłócenia w kontraktowaniu usług z NFZ-em. Biorąc jednak pod uwagę niezdecydowanie instytucji państwowych w zakresie kierunku reform, można się spodziewać, że przedstawiony model efektywności w zakładach opieki zdrowotnej nie straci na swojej wartości. Zmieniać się mogą jedynie mechanizmy i narzędzia kształtujące efektywność oraz czynniki egzogenne.

Współcześnie powodzenie zakładów opieki zdrowotnej opiera się na odkrywaniu unikalnych wartości. Można założyć, iż typowe atuty rynkowe, np. specjalistyczny sprzęt medyczny czy odpowiednio przygotowana infrastruktura, nie zawsze stają się priorytetem dla pielęgniarki bądź pacjenta, gdyż ich poziom w różnych placówkach jest właściwie porównywalny. Uzasadnione jest więc wskazanie innych czynników – wewnętrznych – determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim. Dopiero to pozwoli zakładom opieki zdrowotnej prawidłowo się rozwijać.

4.2. Wnioski

Na podstawie analizy statystycznej zebranego materiału badawczego oraz otrzymanych wyników badań, sformułowano następujące wnioski.

- 1) Zaobserwowano istotne różnice w zakresie uznawanych wartości pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w różnych zakładach opieki zdrowotnej.
- 2) Dane socjodemograficzne takie jak: wiek, staż pracy, poziom wykształcenia wywierają wpływ na ocenę poszczególnych uznawanych wartości w grupie badanych pielęgniarek.
- 3) Występuje różnica pomiędzy oczekiwanym klimatem organizacyjnym i aktualnie panującym w badanych szpitalach.
- 4) Przynależność do danego typu zakładu opieki zdrowotnej różnicuje klimat organizacyjny aktualny w wymiarze *konformizm*, natomiast oczekiwany w wymiarze *wymagania*.
- 5) Istnieje związek pomiędzy oczekiwanym klimatem organizacyjnym i aktualnie panującym a uznawanymi wartościami wśród pielęgniarek.
- 6) Występują istotne zależności pomiędzy uznawanymi wartościami w grupie pielęgniarek a poszczególnymi wymiarami klimatu organizacyjnego.
- 7) Zaobserwowano istotne różnice w nasileniu poszczególnych stylów kierowania w różnych zakładach opieki zdrowotnej.
- 8) Ocena klimatu organizacyjnego aktualnego i oczekiwanego jest istotnie różna w zależności od preferowanego stylu kierowania.
- 9) Pielęgniarki zajmujące różne stanowiska istotnie różnią się nasileniem stylu komunikacji – otwartego i zamkniętego.
- 10) Znajomość związków pomiędzy czynnikami wewnętrznymi (system wartości, klimat organizacyjny, styl zarządzania, styl komunikacji) determinującymi efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim przez przełożonego przyczynia się do prawidłowego funkcjonowania zawodowego pielęgniarek, jak również do jakości sprawowanej przez nie opieki.

Streszczenie

W pracy dokonano prezentacji zawodu pielęgniarstwa i zespołu pielęgniarskiego oraz kierowania i jego efektywności. Poruszono kwestie związane z funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej o różnym stopniu referencyjności. Podkreślono, że na efektywność kierowania zespołem pracowniczym wpływa wiele czynników, które można zaliczyć do dwóch grup – endogennych (wewnętrzne) i egzogennych (zewnętrzne). Uwagę skupiono głównie na czynnikach wewnętrznych, takich jak: klimat organizacyjny, system wartości, styl kierowania, styl komunikacji, które nierozdzielnie związane są z funkcjonowaniem zawodowym pielęgniarek oraz kształtują jakość wykonywanej pracy.

Celem dysertacji była identyfikacja czynników determinujących efektywność kierowania zespołem pielęgniarskim oraz określenie ich znaczenia dla funkcjonowania zawodowego pielęgniarek w zakładach opieki zdrowotnej.

Metody: Badanie ankietowe przeprowadzono na próbie 249 aktywnych zawodowo pielęgniarek. Zastosowano następujące kwestionariusze ankiety: Diagnoza klimatu organizacyjnego, Twój styl komunikacji, Styl kierowania, Skala wartości Roke'acha oraz metryczkę. Analizy materiału empirycznego dokonano za pomocą wybranych metod statystycznych, takich jak: analiza wariancji, test POST-HOC Duncana, test Kruskala-Wallisa, współczynnik korelacji Spearmana, test t-studenta. Ocenie poddano wyodrębnione czynniki wewnętrzne.

Wyniki: Na podstawie przeprowadzonej analizy empirycznej zaobserwowano istotne różnice w zakresie uznawanych wartości pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w różnych zakładach opieki zdrowotnej. W szpitalu powiatowym dla pielęgniarek najważniejsza jest *pozycja społeczna*, w szpitalu wojewódzkim najwyższej ceniona wartość to *ambitny*, natomiast w szpitalu klinicznym – *poczucie własnej godności*. Dane socjodemograficzne takie jak: wiek, staż pracy, poziom wykształcenia różnicują ocenę poszczególnych uznawanych wartości w grupie badanych pielęgniarek. Okazało się, że osoby od 31 do 40 lat najwyższej cenią

wartość *ambitny*, od 41 do 50 *odpowiedzialność*; *poczucie własnej godności* od 20 do 30 lat, a *odpowiedzialność* jest najwyżej cenioną wartością dla osób ze stażem 21-25 lat. Im bowiem pielęgniarka starsza i jej staż pracy dłuższy, tym poczucie odpowiedzialności u niej większe. Pozycja społeczna jako wartość najwyraźniej dostrzeżona została przez pielęgniarki posiadające dyplom pielęgniarski. Występują różnice pomiędzy oczekiwanym klimatem organizacyjnym i aktualnie panującym w badanych szpitalach. Klimat organizacyjny jest najwyższej oceniany w szpitalu klinicznym, a najniżej w wojewódzkim. Przynależność do danego typu zakładu opieki zdrowotnej różnicuje klimat organizacyjny aktualny w wymiarze *konformizm*, natomiast oczekiwany w wymiarze *wymagania*. Ocena konformizmu w szpitalu klinicznym jest istotnie niższa, niż w pozostałych szpitalach. Pielęgniarki w wieku pomiędzy 41-50 lat najwyżej oceniają oczekiwane *wymagania* (im starsza wiekiem pielęgniarka, tym większe jej oczekiwane *wymagania*). Obydwa te wymiary najwyżej oceniły pielęgniarki pracujące w szpitalu wojewódzkim. Istnieje związek pomiędzy oczekiwanym klimatem organizacyjnym i aktualnie panującym a uznawanymi wartościami przez pielęgniarki. Im wyższa ocena wartości *zdolność*, *uprzejmość*, tym wyższa ocena braków klimatu organizacyjnego; również im wyższa ocena wartości *kochający*, *ekscytujące życie*, *wolność*, tym niższa jego ocena. Występują istotne zależności pomiędzy uznawanymi wartościami w grupie pielęgniarek a poszczególnymi wymiarami klimatu organizacyjnego. Zaobserwowano istotne różnice nasilenia poszczególnych stylów kierowania w różnych zakładach opieki zdrowotnej. Pielęgniarki różnią się nasileniem stylu autokratycznego – najwyższe jest wśród pielęgniarek pracujących w ZOZ-ach powiatowych. Ocena klimatu organizacyjnego i jego braków jest istotnie różna w zależności od preferowanego stylu kierowania. Osoby preferujące styl konsultatywny oceniają klimat organizacyjny istotnie niżej, niż osoby preferujące style autokratyczny i demokratyczny. Natomiast osoby preferujące styl konsultatywny widzą istotnie więcej braków w klimacie organizacyjnym, niż osoby preferujące styl demokratyczny. Osoby preferujące styl autokratyczny nie różnią się istotnie od żadnej z pozostałych grup. Klimat organizacyjny jest oceniany lepiej przez pielęgniarki preferujące styl demokratyczny, a najslabiej przez pielęgniarki preferujące styl konsultatywny.

Pielęgniarki zajmujące różne stanowiska istotnie różnią się nasileniem stylu komunikacji – otwartego i zamkniętego. Pielęgniarki odcinkowe mają istotnie wyższy poziom stylu O niż pielęgniarki oddziałowe oraz pielęgniarki odcinkowe mają istotnie niższy poziom stylu Z niż pielęgniarki oddziałowe.

Wnioski: Znajomość związków pomiędzy czynnikami wewnętrznymi (system wartości, klimat organizacyjny, styl zarządzania, styl komunikacji) determinującymi efektywność kierowania zespołem pielęgniarским przez przełożonego, przyczynia się do prawidłowego funkcjonowania zawodowego pielęgniarek, jak również do jakości sprawowanej przez nie opieki.

Abstrakt

The work was made presentation of professional nurses and the nursing team and management and its effectiveness. Tackled issues relating to the functioning of health care establishments of varying degrees of references. Stressed that the effectiveness of the management team of the staff affected by many factors, which can be classified as two groups: endogenous (internal) and exogenous bacteria (external). Attention is focused mainly on internal factors such as: organizational climate , a system of values, style of management, style of communication, which are inextricably linked with the operation of professional nurses and shape the quality of the work.

The dissertation was the identification of the factors which determine the effectiveness of the management team of nursing team and their importance for the functioning of professional nurses in health care.

Method: examination of the survey was conducted on a sample of 249 active professional nurses. Uses the following questionnaires survey: Diagnosis of organizational climate, Your style of communication, style of management, the Scale of the value of the Roke'acha and socio-demographic data. Analysis of empirical material were made using selected statistical methods such as analysis of variance,. POST-HOC Duncan test, Kruskal–Wallis test, correlation coefficient of Spearmana, test t-student. Assessment have been distinguished domestic factors.

Results: On the basis of an empirical analysis of the observed differences in the recognized values between those working in the various establishments of health care. In the hospital by District farmers ' for nurses is the most important social position, in a provincial hospital most appreciated value is ambitious, while in the hospital clinical trial-a sense of its dignity. The socio-demographic data such as: age, length of service, level of education of significant assessment of the individual recognized values in a group of nurses. It appears that persons from 31 to 40 years up to value-the value of an ambitious, 41 to 50 of responsibility; a sense

of its dignity from 20 do 30 years; responsibility is up to a value for the people with an 21-25 years. Then as a nurse and her older years longer, the sense of responsibility in the larger. Social position as a recognized was apparently by nurses holding the diploma of nursing. There are differences between the expected organizational climate and currently reigning in test hospitals. Organizational climate is the highest assessed in hospital clinical and lowest in the provincial hospital. Membership of a particular type of plant health care varies the climate chart to current dimension-conformism, and expected-in terms of requirements. Evaluation of conformism in a clinical trial is significantly lower than in other hospitals Nurses aged between 41-50 years most evaluate the expected requirements. The older age of the nurse, the greater the expected requirements. Both of these dimensions of the highest rated of nurses working in provincial hospital. There is a relationship between the expected organizational climate and currently reigning, recognized values by nurses. The higher the score value ability, courtesy, the higher the score gap climate organization; as well as the higher score values, loving fathers and exciting life, liberty, the lower the score. There are significant dependencies among the recognized values in a group of nurses and the various dimensions of the climate of the organization. There has been significant differences in the intensity of the management style in various establishments of health care. Nurses are different the volume of the prescriptive style, the highest is among nurses working in the county's hospitals. Assessment of the organizational climate, currently ascendant and desired is substantially different depending on the preferred style of driving. Person outdoor advisory style assess the climate chart significantly less than those based on the prescriptive styles and democratic. However, persons based on which advisory style will see significantly more deficiencies in the organizational climate, than those based on which style of democracy. Person outdoor prescriptive style does not differ materially from any of the other groups. Organizational climate is evaluated better by nurses based on which style of democracy, and the least by nurses outdoor advisory style. Nurses involved in various positions substantially differ from the main style of communication: open and closed. As a staple, have substantially higher level than the style of the nursing branch and nurses have substantially lower level of the style of staple than nurses branch.

Conclusions: Knowledge of the relationship between factors of internal (system values, organizational climate, management style, a style of communication) that determine the effectiveness of the management team of nurses by his superior, contributes to the proper functioning of professional nurses, as well as to the quality of the care

Spis rysunków i wykresów

RYSUNEK 1. EFEKTYWNOŚĆ ORGANIZACJI	35
RYSUNEK 2. TRÓJCZŁONOWE UJĘCIE EFEKTYWNOŚCI PRACY	36
RYSUNEK 3. CZYNNIKI DETERMINUJĄCE EFEKTYWNOŚĆ PRACY	42
RYSUNEK 4. PRZEBIEG PROCESU KOMUNIKACJI	49
RYSUNEK 5. EFEKTYWNOŚĆ KOMUNIKACJI W ZALEŻNOŚCI OD FORMY PRZESYŁANIA I OTRZYMYWANIA INFORMACJI W ORGANIZACJI	49
RYSUNEK 6. PODZIAŁ CZYNNIKÓW ENDOGENNYCH – MODEL I.....	77
RYSUNEK 7. MODEL II – MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ KIEROWNIKA ZESPOŁU PIELĘGNIARSKIEGO	125
WYKRES 1. ŚREDNIE WARTOŚCI KLIMATU ORGANIZACYJNEGO: IDEALNEGO I AKTUALNIE PANUJĄCEGO	92
WYKRES 2. ŚREDNIE WARTOŚCI KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W RÓŻNYCH RODZAJACH ZOZ-ów.....	93
WYKRES 3. ŚREDNIA OCENA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO A STYL KIEROWANIA	107
WYKRES 4. ŚREDNIA OCENA BRAKÓW W KLIMACIE ORGANIZACYJNYM A STYL KIEROWANIA .	108
WYKRES 5. ŚREDNIA OCENA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO A RODZAJ SZPITALA	114
WYKRES 6. ŚREDNIA OCENA POZIOMU BRAKÓW W KLIMACIE ORGANIZACYJNYM A RODZAJ SZPITALA	115

Spis tabel

TABELA 1. PORÓWNANIE TRADYCYJNEJ I WSPÓŁCZESNEJ ROLI PIEŁĘGNIARKI	12
TABELA 2. TARYFIKATOR KWALIFIKACYJNY NA PIEŁĘGNIARSKIE STANOWISKA KIEROWNICZE	20
TABELA 3. KORZYŚCI UZYSKIWANE PRZEZ ORGANIZACJĘ I PRACOWNIKÓW W ZWIĄZKU ZE WZROSTEM EFEKTYWNOŚCI PRACY.....	37
TABELA 4. BADANIA PSYCHOLOGICZNE W ZAKRESIE EFEKTYWNEGO KIEROWANIA	39
TABELA 5. KOMPLEKSOWA OCENA EFEKTYWNOŚCI PRACY	43
TABELA 6. POZYTYWNE I NEGATYWNE ZESTAWIENIE ODDZIAŁYWANIA KULTURY ORGANIZACYJNEJ	45
TABELA 7. STRUKTURA ORGANIZACYJNA PUBLICZNYCH I NIEPUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ.....	63
TABELA 8. POZIOMY REFERENCYJNE SZPITALI	65
TABELA 9. PODZIAŁ CZYNNIKÓW DETERMINUJĄCYCH EFEKTYWNOŚĆ KIEROWANIA	77
TABELA 10. STRUKTURA BADANEJ ZBIOROWOŚCI WG WIEKU	87
TABELA 11. STRUKTURA BADANEJ ZBIOROWOŚCI WG STAŻU W ZAWODZIE.....	88
TABELA 12. STRUKTURA BADANEJ ZBIOROWOŚCI WG WYKSZTAŁCENIA	88
TABELA 13. STRUKTURA BADANEJ ZBIOROWOŚCI WG ZAJMOWANEGO STANOWISKA.....	89
TABELA 14. STRUKTURA BADANEJ ZBIOROWOŚCI WG RODZAJU OPIEKI ZDROWOTNEJ	89
TABELA 15. STATYSTYKI OPISOWE DLA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO	91
TABELA 16. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII KLIMATU ORGANIZACYJNEGO (OCENY AKTUALNE A) W RELACJI DO TRZECH RODZAJÓW SZPITALI ..	92
TABELA 17. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA DLA SYSTEMU WARTOŚCI OSTATECZNYCH I RODZAJU ZOZ-U (N = 249)	94
TABELA 18. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA DLA SYSTEMU WARTOŚCI INSTRUMENTALNYCH I RODZAJU ZOZ-U (N = 249).....	96
TABELA 19. ZESTAWIENIE WSPÓŁCZYNNIKÓW KORELACJI SPEARMANA DLA SYSTEMU WARTOŚCI OSTATECZNYCH I KLIMATU ORGANIZACYJNEGO	98
TABELA 20. ZESTAWIENIE WSPÓŁCZYNNIKÓW KORELACJI SPEARMANA DLA SYSTEMU WARTOŚCI INSTRUMENTALNYCH I KLIMATU ORGANIZACYJNEGO	98
TABELA 21. ZESTAWIENIE WSPÓŁCZYNNIKÓW KORELACJI SPEARMANA DLA SYSTEMU WARTOŚCI OSTATECZNYCH I POSZCZEGÓLNYCH WYMIARÓW KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ	99
TABELA 22. ZESTAWIENIE WSPÓŁCZYNNIKÓW KORELACJI SPEARMANA DLA SYSTEMU WARTOŚCI INSTRUMENTALNYCH I WYMIARÓW KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ	100
TABELA 23. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA DLA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO OSÓB O RÓŻNYM WIEKU	101
TABELA 24. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA DLA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO OSÓB Z RÓŻNYCH ZOZ-ÓW	103

TABELA 25. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA – OCENA POSZCZEGÓLNYCH WARTOŚCI/CZYNNIKI DEMOGRAFICZNE	105
TABELA 26. PROCENTOWANY ROZKŁAD WYBRANEGO STYLU KIEROWANIA.....	106
TABELA 27. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA OCENY KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W RELACJI DO TRZECH STYLÓW KIEROWANIA PREFEROWANYCH PRZEZ PIELĘGNIARKI.....	107
TABELA 28. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA POZIOMU BRAKÓW W KLIMACIE ORGANIZACYJNYM W RELACJI DO TRZECH STYLÓW KIEROWANIA PREFEROWANYCH PRZEZ PIELĘGNIARKI	108
TABELA 29. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA DOTYCZĄCE ZRÓŻNICOWANIA NASILENIA POSZCZEGÓLNYCH STYLÓW KIEROWANIA OSÓB PRACUJĄCYCH W RÓŻNYCH ZOZ-ACH (N = 249).....	109
TABELA 30. ZESTAWIENIE WYNIKÓW ANALIZY WARIANCJI ANOVA DLA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W ZALEŻNOŚCI OD WYBRANEGO STYLU KIEROWANIA W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ	109
TABELA 31. PROCENTOWANY ROZKŁAD WYBRANEGO STYLU KOMUNIKACJI	111
TABELA 32. WYNIKI TESTU KRUSKALA-WALLISA DOTYCZĄCE ZRÓŻNICOWANIA NASILENIA POSZCZEGÓLNYCH STYLÓW KOMUNIKACJI OSÓB PRACUJĄCYCH W RÓŻNYCH ZOZ-ACH (N = 249).....	111
TABELA 33. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA OCENY KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W RELACJI DO CZTERECH STYLÓW KOMUNIKOWANIA SIĘ PIELĘGNIAREK.....	112
TABELA 34. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA POZIOMU BRAKÓW W KLIMACIE ORGANIZACYJNYM W RELACJI DO CZTERECH STYLÓW KOMUNIKOWANIA SIĘ PIELĘGNIAREK	112
TABELA 35. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA OCENY KLIMATU ORGANIZACYJNEGO W RELACJI DO CZTERECH STYLÓW KOMUNIKOWANIA SIĘ PIELĘGNIAREK ORAZ TRZECH RODZAJÓW SZPITALI	113
TABELA 36. WYNIKI ANALIZY WARIANCJI DLA POZIOMU BRAKÓW W KLIMACIE ORGANIZACYJNYM W RELACJI DO CZTERECH STYLÓW KOMUNIKOWANIA SIĘ PIELĘGNIAREK ORAZ TRZECH RODZAJÓW SZPITALI	114
TABELA 38. WYNIKI TESTU T-STUDENTA DOTYCZĄCE ZRÓŻNICOWANIA NASILENIA POSZCZEGÓLNYCH STYLÓW KOMUNIKACJI ZE WZGLĘDU NA ZAJMOWANE STANOWISKO.	116

Spis źródeł

Bibliografia

1. Adamiec M., Kożusznik B., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Aktor, kreator, inspirator*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2000.
2. Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, wyd. 3 poszerz., Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2000.
3. Atwal A., Caldwell K., *Do multidisciplinary integrated care pathway improve interprofessional collaboration?*, "Scandinavian Journal of Caring Sciences" 2002, vol. 16, issue 4.
4. Bajurna B., *Diagnoza klimatu organizacyjnego panującego w środowisku pielęgniarstwie*, w: *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2008.
5. Bajurna B., *Nurse – a professional working with the ill in the hospital*, w: *Management of personnel education in health care*, red. M.D. Głowacka, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2008.
6. Bajurna B., *Pielęgniarka w zespole pracowniczym*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2007, nr 1.
7. Banaszyk P., *Podstawy organizacji i zarządzania*, Wyższa Szkoła Handlu i Rachunkowości, Poznań 2002.
8. Bartczak-Praszkowska M., *Doskonalmi sztukę komunikacji*, „Biuletyn OIPiP” 2004, nr 6.
9. Bartkowiak G., *Stres i wypalenie zawodowe pracowników ochrony zdrowia w świetle wyników badań*, „Przewodnik Menedżera Zdrowia” 2002, nr 4.
10. Bartkowiak G., *Skuteczny kierownik – model i jego empiryczna weryfikacja*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2003.
11. Bielski M., *Organizacje. Istota, struktury, procesy*, Uniwersytet Łódzki, Łódź 1997.
12. Bielski M., *Podstawy teorii organizacji i zarządzania*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2004.
13. Borkowska S., *Metody oceny efektów pracy kierowniczej*, PWE, Warszawa 1983.
14. Borkowska S., *System motywowania w przedsiębiorstwie*, PWN, Warszawa 1988.
15. Boshoff C., Gray B., *The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the privative hospital industry*, "South African Journal of Business Management" 2004, vol. 35, no. 4.
16. Brooks B.A., Anderson M., *Dedining Quality of Nursing Work Life*, "Nursing Economics" 2005, no. 23.
17. Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1996.

18. Brzozowski P., *Opracowanie skali wartości Schelera*, Wyd. Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin 1989.
19. Brzozowski P., *Polska wersja testu wartości Rokeacha i jej teoretyczne podstawy*, „Przegląd Pedagogiczny” 1993, nr 2.
20. Brzozowski P., *Skala wartości Rokeacha. Polska adaptacja Value Survey M. Rokeacha*, Wyd. Compis, Warszawa 1989.
21. Buchelt B., *Znaczenie kierowników liniowych w zarządzaniu zasobami ludzkimi na przykładzie wybranych procesów realizowanych przez współczesne organizacje*, „Problemy Zarządzania” 2008, nr 22.
22. Chmielewski D., *Servqual metoda badania jakości świadczonych usług zdrowotnych*, „Menedżer Zdrowia” 2001, nr 6.
23. Ciechaniewicz W., *Dawca i biorca pielęgnowania*, w: *Podstawy pielęgniarstwa*, t. 1: *Założenia teoretyczne*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wyd. Czelej, Lublin 2005.
24. Ciechaniewicz W., *Pielęgniarka*, w: *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*, t. 1: *Podstawy teoretyczne działalności praktycznej pielęgniarki*, red. W. Ciechaniewicz, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
25. Cieślak R., Elias A., *Wsparcie społeczne a osobowość*, w: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk., R. Cieślak, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2005.
26. Clements D., Dault M., Priest A., *Effective Teamwork in Healthcare: Research and Reality*, Healthcare Papers no 7, 2007.
27. Czermiński A., Czerska M., Nogalski B., Rutka R., Apanowicz J., *Zarządzanie organizacjami*, TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń 2001.
28. Dercz M., Izdebski H., *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polsce w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Wyd. Prawne IURIS, Warszawa-Poznań 2001.
29. Dobrowolska B., *Kodeksy etyki zawodowej pielęgniarek*, w: *Etyka w pracy pielęgniarstwie*, red. I. Wrońska, J. Mariański, Wyd. Czelej, Lublin 2002.
30. Dobrowolska B., Putowski M., Wrońska I., Kozak D., Cuber M., *Zapotrzebowanie pielęgniarek i lekarzy na kształcenie podyplomowe z zakresu opieki nad pacjentem umierającym*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, nr 16.
31. Dobrzański K., *Ewolucja spojrzenia na zasoby ludzkie organizacji*, „Merkuriusz Leszczyński” 2007; nr 56-57.
32. Dobrzański K., *Zakład opieki zdrowotnej podstawowym ogniwem systemu. Aspekty organizacyjno-ekonomiczne*, w: *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
33. Dobrzyński M., *Klimat organizacyjny jako regulator zachowania się ludzi*, „Organizacja i Kierowanie” 1981, nr 1.
34. Dobska M., Dobski P., *TQM zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej*, Mars Graf, Poznań 2003.
35. Dobska M., Rogoziński K., *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2008.
36. Drucker P.F., *Menedżer skuteczny*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 1994.
37. Drucker P.F., *Praktyka zarządzania*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Krakowie. Spółdzielnia Wydawnicza Czytelnik Nowoczesność, Warszawa-Kraków 1994.
38. Drucker P.F., *Spółczeństwo pokapitalistyczne*, PWN, Warszawa 1999.
39. Durlik M., Rudnicka L., *Zarządzanie integralne samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej” 2001, nr 4.

40. Dutkiewicz W., *Podstawy metodologii badań*, wyd. 5 popr., Wyd. Stachurski, Kielce 2001.
41. Frączkiewicz-Wronka A., *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*, WSP, Warszawa 2007.
42. Fryzeł B., *Kultura a konkurencyjność przedsiębiorstwa*, TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń 2004.
43. Gableta M., *Zarządzanie personelem*, w: *Potencjał pracy w przedsiębiorstwie – kształtowanie i wykorzystanie*, red. M. Gableta, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1998.
44. Galicki J., *Zarządzanie finansami w zakładach opieki zdrowotnej. Zarządzanie w ochronie zdrowia. Choroby cywilizacyjne*, Wyd. Miejskie, Poznań 1998.
45. Galinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, CASE Fundacja Naukowa, Warszawa 2002.
46. Głowacka M.D., *Czynniki inspirujące zmiany w procesie doskonalenia kadr szpitala*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Termedia, Poznań, 2004.
47. Głowacka M.D., *Mobilność organizacji wobec zmian*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, red. M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs, Wolters Kluwer, Warszawa 2009.
48. Głowacka M.D., *Model kształcenia kadr pielęgniarских w zakresie zarządzania*, Wyd. Uczelniane Akademii Medycznej, Poznań 1996.
49. Głowacka M.D., *Niektóre osobowościowe i sytuacyjne wyznaczniki efektywności zawodowej pielęgniarki*, „Pielęgniarstwo Polskie” 1989, nr 1.
50. Głowacka M.D., *Wybrane aspekty organizacji i zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Termedia, Poznań, 2004.
51. Głowacka M.D., *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Szkolenie krajowe w zakresie zarządzania opieką zdrowotną dla kadry kierowniczej średniego szczebla*, Wolumin, Poznań 2002.
52. Głowacka M.D., *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia ogólne*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Termedia, Poznań, 2004.
53. Głowacka M.D., Bogdańska-Bóll E., Olek E., *Wybrane wyniki mające wpływ na procedurę konkursową na stanowisko kierownicze*, „Przewodnik Menadżera Zdrowia” 2000, nr 1.
54. Głowacka M.D., Mojs E., *Doskonalenie kompetencji komunikacyjnych jako czynnik zwiększający efektywność pracy pielęgniarki*, w: *Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim. Konferencja międzynarodowa, Warszawa 12-13 maja 2009*, red. G. Rogala-Pawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska, Wyd. NRPiP, Warszawa 2009.
55. Głowacka M.D., Mojs E., *Motywacja pozaekonomiczna w zarządzaniu zasobami ludzkimi w zakładzie opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, red. M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs, Wolters Kluwer, Warszawa 2009.
56. Głowacka M.D., Nowakowska I., *Wsparcie społeczne jako jeden z elementów efektywności zawodowej w realizacji podstawowych celów opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie zdrowiem publicznym w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych*, red. M.D. Głowacka, Wyd. WSKiZ, Poznań 2006.
57. Głowacka M.D., Rębała-Głowacka A., *Konteksty zarządzania zasobami ludzkimi w procesie pracy*, w: *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.

58. Głowacka M.D., Sobkowski M., Staniszewski R., *Wybrane determinanty efektywności zarządzania personelem pielęgniarskim*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2004, nr 1-2.
59. Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2002.
60. Grzywak-Kaczyńska M., *Trud rozwoju*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1988.
61. Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyd. WSHE, Łódź 2003.
62. Hofstede G., *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2000.
63. Jacher W., *Socjologiczne determinanty efektywności pracy*, w: *Socjologiczne mierniki efektywności pracy*, red. W. Jacher, Uniwersytet Śląski, Katowice 1985.
64. Jagieła S., *Motywowanie pracowników*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2005, nr 1-2
65. Jagodziński A., *Zarządzanie czynnikiem ludzkim w procesie pracy – geneza perspektywy badawczej*, „Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej” 2003, nr 4.
66. Jakubek E., *Rola systemów zapewniania jakości w tworzeniu kultury organizacyjnej zakładów opieki zdrowotnej*, w: *Zmiany w ochronie zdrowia. Promocja, edukacja, terapia, zarządzanie*, red. M.D. Głowacka, Wyd. Baskat Marek Baumgart, Poznań 2006.
67. Jakubiec J., *Etos pielęgniarek a etyka zawodowa. Problemy pielęgniarstwa*, Zarząd Główny PTP, Warszawa 2001.
68. Janku Z., Spławska E., *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Prawne podstawy funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Termedia, Poznań 2004.
69. Jaracz K., *Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2001, nr 12.
70. Jaracz K., Wdowczyk K., Górna K., *Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2005, nr 1.
71. Jończyk J., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Wyd. Difin, Warszawa 2008.
72. Joudrey R., Gough J., *Caring and curing revisited: student nurses perceptions of nurses and physicians ethical stances*, „Journal of Advanced Nursing” 1999, no. 29.
73. Juszczak K., Jaracz K., *Jakość opieki pielęgniarskiej w świetle aktualnych badań-przegląd literatury*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2008, nr 4.
74. Kaczmarczyk S., *Badania marketingowe. Metody i techniki*, PWE, Warszawa 2002.
75. Kamiński A., *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*, „Studia Pedagogiczne” 1970, t. XIX.
76. Kapala W., *Organizacja pracy a jakość usług medycznych*, „Antidotum” 2001, nr 4.
77. Kapala W., Drygas P., *Personel pielęgniarski w organizacji – ocena, wyobrażenia i oczekiwania potencjalnych klientów placówek służby zdrowia w Polsce*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2001, t. 3.
78. Kapala W., Drygas P., *Praca w zespole – źródło sił i konfliktów*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2004, nr 5.
79. Kautsch M., *Specyfika zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautsch, Wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.

80. Kautsch M., *Zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej*, w: *Zdrowie publiczne i zarządzanie*, red. W.C. Włodarczyk, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, t. 2, nr 2, Kraków 2004.
81. Kędelski M., Roeske-Słomka I., *Statystyka*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1996.
82. Kieżun W., *Wstęp do teorii organizacji*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1999.
83. Kisielnicki J., *Zarządzanie organizacją*, Wyd. WSHiP, Warszawa 2004.
84. Kłosiński M., Lubowicz Z., *Uwagi o problematyce i metodzie badań. Raport końcowy IBPM*, Warszawa 1985.
85. Konopacki W., *Psychologia zarządzania. Wybrane zagadnienia*, w: *Ekonomika i zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. J. Nosko, Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź 2001.
86. Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1985.
87. Koper A., *Pielęgniarka oddziałowa w nowoczesnym szpitalu*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2001, nr 9.
88. Koronacki J., Mielniczuk J., *Statystyka dla studentów kierunków technicznych i przyrodniczych*, Wyd. Naukowo-Techniczne, Warszawa 2001.
89. Korzeniowski L., *Menedżment. Podstawy zarządzania*, ESA, Kraków 2005.
90. Kostera M., *Zarządzanie personelem*, PWE, Warszawa 1999.
91. Kostera M., Kownacki S., *Kierowanie zachowaniami organizacyjnymi*, w: *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, red. A.K. Koźmiński, W. Piotrkowski, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2003.
92. Kostera M., Kownacki S., *Zarządzanie potencjałem społecznym organizacji*, w: *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, red. A.K. Koźmiński, W. Piotrowski, PWN, Warszawa 2000.
93. Kotarbiński T., *Abecadło praktyczności*, Wiedza Powszechna, Warszawa, 1972.
94. Kotarbiński T., *Traktat o dobrej robocie*, wyd. 4, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1969.
95. Kowal A., Gawel G., *Organizacja pracy własnej*, w: *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, red. A. Ksykiewicz-Dorota, Wyd. Czelej, Lublin 2004.
96. Koźmiński A.K., *Zarządzanie*, w: *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, red. W. Piotrowski, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2002.
97. Koźmiński A.K., Jamielniak D., *Zarządzanie od podstaw*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
98. Koźmiński A.K., Piotrkowski W., *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2003.
99. Kożusznik B., *Kierowanie zespołem pracowniczym*, PWE, Warszawa 2005.
100. Kożusznik B., *Zachowania człowieka w organizacji*, PWE, Warszawa 2007.
101. Krogstad U., Hofoss D., Hjortdahl P., *Doctor and nurse perception of inter professional co-operation in hospitals*, “International Journal for Quality in Health Care” 2004, v. 16, no. 6.
102. Król H., *Szkice z zarządzania zasobami ludzkimi*, Wyd. Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Warszawie, Warszawa 2002.
103. Krzakiewicz K., *Teoretyczne podstawy organizacji i zarządzania*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2008.
104. Krzemień G., Naworska B., Wąc K., *Etos zawodu pielęgniarki i położnej*, w: *Pielęgniarstwo wobec zagrożenia wartości – 100-lecie urodzin Hanny Chrzanowskiej. Materiały konferencyjne*, Wyd. Fall, Kraków 2002.

105. Kukowska M., *Ordynator na rynku*, „Służba Zdrowia” 2001, nr 11.
106. Kulczycka K., *Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarstwa*, „Zdrowie Publiczne” 2001, nr 111.
107. Kulikowski J.L., *Komputery w badaniach doświadczalnych*, PWN, Warszawa 1993.
108. Kunecka D., *Rola pielęgniarstwa w zarządzaniu usługami zdrowotnymi*, w: *Współczesne wyzwania strukturalne i menadżerskie w ochronie zdrowia. Problematyka zasobów i przekształceń*, red. R. Walkowiak, R. Lewandowski, Wyd. Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. T. Kotarbińskiego, Olsztyn 2010.
109. Kunecka D., Szych Z., *Nadmierna kontrola w zespole pielęgniarstwa – patologia zarządzania*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, nr 16.
110. Lancaster J., Lancaster W., Onega L., *New directions in health – care reform: the role of nurse practitioners*, „Journal of Business Research” 2000, nr 48.
111. Lasota M., Rychlicka A., Ryś A., Stępień W., *Public relations w ochronie zdrowia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.
112. Lawthers A.G., *Pomiar jakości a menedżer ochrony zdrowia*, „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, t. 1, nr 3.
113. Lenartowicz H., *Kierowanie w pielęgniarstwie*, w: *Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa*, red. A. Ksykiewicz-Dorota, Wyd. Czelej, Lublin 2004.
114. Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2004.
115. Lichtarski J., *Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1997.
116. Lipińska-Grobelny A., *Klimat organizacyjny a preferowane style komunikowania się w środowisku pracy*, w: *Klimat organizacyjny i jego konsekwencje dla funkcjonowania zawodowego pracowników*, red. A. Lipińska-Grobelny, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2007.
117. Listwan T., *Przedmiot, ewolucja i znaczenie zarządzania kadrami*, w: *Zarządzanie kadrami*, red. T. Listwan, Wyd. C.H. BECK, Warszawa 2002.
118. Louart P., *Kierowanie personelem w przedsiębiorstwie*, Wyd. Poltext, Warszawa 1995.
119. Łucewicz J., *Organizacyjne zachowania człowieka*, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1999.
120. Mandecki M., *Znaczenie właściwej komunikacji między personelem medycznym, a pacjentem w opiece zdrowotnej*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2005, nr 4.
121. Marcinkowska U., *Motywowanie członków organizacji*, w: *Teoretyczne podstawy nauki o organizacji i zarządzaniu*, red. T. Mendel, WSZMiZ, Leszno 2001.
122. Martens M.L., *A Comparison of Stress Factors in Home and Inpatient Hospice Nurses*, „Journal of Hospice and Palliative Nursing” 2009, no. 11.
123. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P., *Job Burnout*, „Annual Review of Psychology” 2001, nr 52.
124. Matthews S., MacDonald-Rencz S., *Health Workplaces and Teamwork For Healthcare Workers Need Public Engagement*, „Healthcare Papers” 2007, no. 7.
125. Matwiejczuk R., *Efektywność – próba interpretacji*, „Przegląd Organizacji” 2000, nr 1.
126. Mączyński J., Witkowski S., *Międzykulturowa percepcja przywództwa*, w: *Sukces w zarządzaniu. Problemy organizacyjno-zarządcze i psychospołeczne*, red. T. Listwan, S. Witkowski, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2001.

127. McNulty B., Raiman J., Chapman V., Clark J.M., Kirkham S., Hill D., *Pielęgniarstwo*, w: *Propedeutyka pielęgniarstwa*, red. S. Collins, E. Parker, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1989.
128. Mendel T., *Metodyka pisanie prac doktorskich*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2004.
129. Mendel T., *Partycypacja w zarządzaniu współczesnymi organizacjami*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2002.
130. Merrill D.W., Reid R., *Personal styles and effective performance. Make your style work for you*, Chilton Book Company, Radnor Pa 1981.
131. *Metody badań socjologicznych*, red. S. Nowak, PWN, Warszawa 1965.
132. Mojs E., *Wybrane aspekty komunikacji pielęgniarka-zespół terapeutyczny*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2006, nr 2.
133. Mroziewski M., *Style kierowania i zarządzania*, Wyd. Difin, Warszawa 2005.
134. Murrells T., Robinson S., Griffiths P., *Job Satisfaction Trends During Nurses' Early career*, „BMC Nursing” 2008, 7:7.
135. Nowak M., *Controllingowe wsparcie usprawniania pracy menedżera oraz optymalizacja jej efektów.*, „Problemy Zarządzania” 2008, nr 22.
136. *Nowy słownik języka polskiego*, red. E. Sobol, PWN, Warszawa 2002.
137. Oandasani I. et. al., *Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada*, Canadian Health Services Research Foundation, Canada 2006.
138. Obłój K., *Strategia organizacji. W poszukiwaniu trwałej przewagi konkurencyjnej*, wyd. 2 zm., PWE, Warszawa 2007.
139. Obuchowski K., *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*, Zysk i S-ka, Poznań 2000.
140. Oleksyn T., *Praca i płaca w zarządzaniu*, Wyd. Międzynarodowa Szkoła Zarządzania, Warszawa 2001.
141. Opolska K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2003.
142. Opolski K., Polkowski K., *Jakość w zarządzaniu bankiem*, w: *Jakość w banku w praktyce i teorii zarządzania*, red. K. Opolski, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2000.
143. Ostrowska K., *W poszukiwaniu wartości*, Rubikon, Kraków 2004.
144. Pawłowski Z., *Statystyka matematyczna*, wyd. 2, PWN, Warszawa 1980.
145. Penc J., *Strategie zarządzania. Perspektywiczne myślenie, systemowe działanie*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2002.
146. Peszko A., *Elementy organizacji i zarządzania przedsiębiorstwem*, Wyd. AGH, Kraków 2002.
147. Pęcińska T., Łysiak M., *Zakład opieki zdrowotnej w praktyce. Prawne aspekty działalności medycznej*, cz. 3, Wyd. Verlang Dashoefer, Warszawa 2002.
148. Pęcińska T., Łysiak M., *Zakład opieki zdrowotnej w praktyce. Prawne aspekty działalności medycznej*, cz. 4, Wyd. Verlang Dashoefer, Warszawa 2002.
149. Pieciewicz-Szczesna H., Matwiejczyk T., Walczuk E., *Efektywność wykorzystania zasobów pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym na Białorusi*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2009, nr 17.
150. Pieter J., *Zarys metodologii pracy naukowej*, PWN, Warszawa 1975.
151. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Wyd. Żak, Warszawa 1995.
152. Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Wyd. Żak, Warszawa, 2001.
153. Polakowska M., Przybylski W., *Komunikacja w marketingu*, „Antidotum” 2001, nr 10.

154. Poznańska S., *Komunikowanie się w relacjach pielęgniarka-pacjent oraz we współpracy zespołowej*, w: *Pielęgniarstwo*, red. K. Zahradniczek, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
155. Poznańska S., *Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem*, w: K. Zahradniczek, *Pielęgniarstwo*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
156. *Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek*, red. T. Widzowska-Czekajka, J. Górajek-Jóźwik, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
157. Pszczołowski T., *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1978.
158. Ratyński W., *Motywowanie i efektywność zespołu*, w: *Psychologiczne i socjologiczne aspekty zarządzania*, red. W. Ratyński, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2005.
159. Robbins S.P., *Zasady zachowania w organizacji*, Wyd. Zys i S-ka, Poznań 2001.
160. Rogala-Pawelczyk G., *Funkcje kierownicze*, w: *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, red. A. Ksykiewicz-Dorota, Wyd. Czelej, Lublin 2005.
161. Rogala-Pawelczyk G., Styczno E., *Style zarządzania*, w: *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, red. A. Ksykiewicz-Dorota, Wyd. Czelej, Lublin 2005.
162. Rogala-Pawelczyk G., Śpiewankiewicz J., Wierzbicka U., *Pielęgniarka i położna w systemie opieki zdrowotnej*, w: *Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. Postępowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prewencja wykroczeń zawodowych*, red. G. Rogala-Pawelczyk, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2008.
163. Rummler G.A., Brache A.P., *Podnoszenie efektywności organizacji*, PWE, Warszawa 2000.
164. Sajkiewicz A., *Ekonomika pracy*, PWN, Warszawa 1981.
165. Sajkiewicz A., *Zasoby ludzkie w firmie. Organizacja, kierowanie, ekonomika*, Wyd. Poltext, Warszawa 2002.
166. Salvage J., *Lekarze i pielęgniarki: każdy sobie*, „British Medical Journal” 2000, nr 11.
167. Shermont H., Krepcio D., *The Impact of Culture Change on Nurse Retention*, „Jurnal of Nursing Administration” 2006, no. 36.
168. Shortell S.M., Kaluzny A.D., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001.
169. Sierpińska L., *Proces komunikowania na stanowiskach pracy*, w: *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, red. A. Ksykiewicz-Dorota, Wyd. Czelej, Lublin 2005.
170. Sikorski Cz., *Zachowania ludzi w organizacji*, PWN, Warszawa 2001.
171. Skorny Z., *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki*, WSiP, Warszawa 1984.
172. Skrzypek E., *Jakość i efektywność*, Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002.
173. *Słownik wyrazów obcych*, red. J. Tokarski, PWN, Warszawa 1971.
174. Smolbik-Jęczmień A., *Badania i ocena efektywności pracy*, w: *Zarządzanie pracą*, red. Z. Jasiński, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1999, s. 248.
175. Sobkowski M., *System zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej zgodny z normą ISO 9001:2000*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Termedia, Poznań 2004.
176. Spence Laschinger H.K., *Building Healthy Workplaces: Time to Act on the Evidence*, „Healthcare Papers”, 2007, nr 7.
177. Stanisław A., *Podstawy statystyki dla prowadzących badania naukowe*, „Medycyna Praktyczna” 1999, nr 10.

178. Stanisław A., *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z medycyny*, t. 1: *Statystyki podstawowe*, StatSoft Polska, Kraków 2006.
179. Stankiewicz J., *Komunikowanie się w organizacji*, Wyd. Astrum, Wrocław 1999.
180. Stefańska W., *Podstawowe zadania współczesnej pielęgniarki w opiece zdrowotnej*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2004, nr 1-2.
181. Steinmann H., Schreyogg G., *Zarządzanie. Podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepcje funkcje, przykłady*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1995.
182. Stoner J.A., Freeman E.R., Gilbert D.R., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 2001.
183. Stoner J., Wankel H., *Kierowanie*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2001.
184. Storey L., Howard J., Gillies A., *Competency in healthcare: a practical guide to competency frameworks*, Radcliffe Medical Press, Oxford 2002.
185. Stychno E., Rogala-Pawelczyk G., Kulczycka K., *Pielęgniarki pracują zespołowo*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2002, nr 6.
186. Sulmicki P., *Ekonomiczna efektywność*, w: *Mała encyklopedia ekonomiczna*, PWE, Warszawa 1974.
187. Sundin-Huard D., *Subject positious theory – its application to understanding collaboration (and confrontation) in critical care*, “Journal of Advanced Nursing” 2001, no. 34.
188. Szczerbińska K., *Jakość opieki zdrowotnej*, w: *Zdrowie publiczne*, t. 2, red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.
189. Szczupaczyński J., *Podstawy zarządzania i kierowania ludźmi w organizacji*, Międzynarodowa Szkoła Menadżerów, Warszawa 2005.
190. Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, wyd. 6 zm. i uzupeł., Wyd. Naukowe Śląsk, Katowice 2005.
191. Tokarski S., *Samoocena efektywności kierowania w zakładach opieki zdrowotnej*, w: *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Podręcznik dla słuchaczy studiów podyplomowych*, red. B. Nogalski, J.M. Rybicki, TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń 2002.
192. Tyrała P., *Zachowania organizacyjne w procesach zarządzania*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2003.
193. Wedera W., *Rola skutecznej komunikacji w procesie zarządzania organizacją*, „Antidotum” 2004, nr 9.
194. Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1998.
195. Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
196. Wolny M., *Chwile prawdy*, „Przewodnik Menedżera Zdrowia” 2001.
197. Zahradniczek K., Zobro M., *Funkcje zawodowe i standardy pracy pielęgniarek*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2002, nr 2.
198. Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, wyd. 2, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2008.
199. Zieleniewski J., *Organizacja zespołów ludzkich. Wstęp do teorii organizacji i kierowania*, wyd. 7, PWN, Warszawa 1982.
200. Ziemiński Z., *Elementy socjologii*, Ars boni et aequi, Poznań 1983.

Inne

1. Ellis N., Pompli A., *Quality of Working Life for Nurses*, Commonwealth Dept of Health and Ageing, Canberra 2002.
2. Janus B., *Dylematy etyczne w pracy pielęgniarki – model podejmowania decyzji*, referat na konferencję Kompetencje pielęgniarek i położnych a odpowiedzialność moralno zawodowa, organizowaną przez OIPIP, Poznań 14.10.2005.
3. Włodarczyk C., *Samodzielny zakład opieki zdrowotnej w perspektywie polityki zdrowotnej*, w: *Samodzielne zakłady opieki zdrowotnej. Materiały konferencyjne*, Biuro Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej, Poznań 1995.

Akty prawne

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 29 marca 1999 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w zakładzie opieki zdrowotnej – Dz.U. nr 30, poz. 300.
2. Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 stycznia 2000 roku w sprawie nadania statutu Ministerstwu Zdrowia – Dz.U. nr 5, poz. 56 z późn. zm.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych – Dz.U. nr 197, poz. 1923.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 2007 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych – Dz.U. nr 102, poz. 708.
5. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania z dnia 7 listopada 2007 roku – Dz.U. nr 82, poz. 537.
6. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej – Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.
7. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej – Dz.U. nr 91, poz. 410 z późn. zm.
8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz.U. nr 210, 2135 z późn. zm.
9. Ustawa z dnia 23.01.2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia – Dz.U. nr 45, poz. 391.

Źródła internetowe

1. Kapała W., *Przyszłość pielęgniarstwa – aktywne uczestnictwo w leczeniu i zarządzaniu*, http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj = 85&idartykul = 442 (data dostępu 15.07.2009).
2. *Efektywność organizacji*, www.wikipedia.org.pl (data dostępu 15.08 2008).
3. Danes C., *Getting health professionals to work together*, <http://www.bmj.com/content/320/7241/1021.extract> (data dostępu 18.06.2008).
4. Lesicki M., *Pojęcie i koncepcje wartości*, <http://www.awans.oswiata.org.pl/> (data dostępu 12.04.2009).
5. O'Reilly Ph., *Barriers to Effective Clinical Decision Making in Nursing*, www.ciap.health.nsv.gov.au/hospolic/stvincents/1993/a04html (data dostępu 28.12.2009)

Załącznik 1.**DIAGNOZA KLIMATU ORGANIZACYJNEGO**

W każdym z siedmiu podanych niżej wymiarów „klimatu organizacyjnego” umieść literę A nad numerem skali, który według Twojej oceny odpowiada obecnemu stanowi organizacji (zespołu), oraz literę I nad numerem, który według Twojej opinii powinien odpowiadać stanowi idealnemu organizacji (zespołu) w tym wymiarze.

1. **KONFORMIZM.** Poczucie, że istnieje wiele wymuszonych z zewnątrz ograniczeń w instytucji czy zespole; stopień, w jakim pracownicy czują, że istnieje wiele zasad, procedur, przepisów i sposobów, którym muszą się poddawać, zamiast wykonywać swoją pracę tak, jak uważają za stosowne.

Konformizm nie jest
charakterystyczny dla
(zespołu)

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Konformizm jest bardzo
charakterystyczny dla
organizacji (zespołu)

2. **ODPOWIEDZIALNOŚĆ.** Członkowie zespołu (organizacji) są osobiście odpowiedzialni za wykonanie przydzielonych im zadań; stopień, w jakim pracownicy czują, że mogą samodzielnie decydować i rozwiązywać problemy bez uzgodnienia każdego kroku z kierownictwem.

Organizacja (zespół)
jest pozbawiona
jakiegokolwiek
odpowiedzialności

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

W organizacji (zespole)
kładzie się ogromny
nacisk na indywidualną
odpowiedzialność

3. **WYMAGANIA.** Nacisk organizacji na jakość wykonania i produkcji; stopień, do którego pracownicy mają poczucie, że organizacja ustala im ambitne zadania i zachęca do ich podejmowania.

Istnieją bardzo niskie
standardy w organizacji
(zespole)

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Standardy są bardzo
wysokie i stymulujące
pracowników

4. **NAGRODY.** Stopień, do którego pracownicy mają poczucie, że są w organizacji (zespole) raczej nagradzani i uznawani za swoją pracę, niż ignorowani, krytykowani lub karani, gdy coś im się nie powiedzie.

Członkowie organizacji
(zespołu) są ignorowani,
karani lub krytykowani

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Członkowie organizacji
(zespołu) są doceniani i
doceniani i nagradzani

5. ZORGANIZOWANIE. Poczucie, że działania organizacji (zespołu) są dobrze zorganizowane, a cele jasno określone w przeciwieństwie do dezorganizacji, zamieszania itp.

Organizacja (zespół)
jest niezorganizowana,
chaotyczna

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Organizacja (zespół)
jest dobrze zorganizowana,
ma jasno określone cele

6. POCZUCIE CIEPŁA I POPARCIA. Poczucie, że przyjaźń jest w organizacji (zespole) wartością cenioną, że pracownicy ufają sobie nawzajem i udzielają sobie poparcia; poczucie, że w zespole przeważają dobre stosunki.

W organizacji (zespole)
brakuje ciepła i poparcia
dla jej członków

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Dobry nastrój, poparcie,
ciepła atmosfera są
charakterystyczne dla
organizacji (zespołu)

7. KIEROWANIE. Członkowie organizacji (zespołu) dobrowolnie akceptują kierownictwo i wskazówki fachowców, jeśli zachodzi potrzeba kierowania, członkowie potrafią przejąć role kierownicze i są popierani przez pozostałych członków zespołu; kierowanie jest oparte na wysokich kompetencjach zawodowych.

Kierowanie nie jest
nagradzane, członkowie
organizacji (zespołu)
dominują lub są oporni
wobec kierowania

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Członkowie organizacji
(zespołu) akceptują i
nagradzają kierownictwo
oparte na doświadczeniu
i wiedzy fachowej

Załącznik 2.

Twój styl komunikacji

Pomiędzy każdą z poniższych par stwierdzeń (A i B) rozdziel 3 punkty na podstawie swoich przekonań, że tak właśnie zwykle zachowujesz się w sytuacjach, gdy rozmawiasz z innymi ludźmi. Mimo, że niektóre alternatywne stwierdzenia mogą podobnie opisywać Twoje zachowanie, postaraj się przyznać więcej punktów temu stwierdzeniu, które lepiej Cię opisuje.

- Jeśli A opisuje Cię świetnie, to przydziel 3 punkty, a 0 punktów B.
- Jeśli A lepiej Cię opisuje, ale czasami zachowujesz się w sposób B, to A przyznaj 2 punkty, a B - 1 punkt.
- Jeśli B opisuje Cię świetnie, to przydziel 3 punkty, a 0 punktów A.
- Jeśli B lepiej Cię opisuje, ale czasami zachowujesz się w sposób A, to B przyznaj 2 punkty, a A - 1 punkt.

Pamiętaj, żeby zawsze suma punktów przyznanych danej parze stwierdzeń wynosiła 3.

- 1A_ Jestem zwykle otwarty na nowe znajomości i poznawanie nowych ludzi.
- 1B_ Zwykle nie jestem otwarty na nowe znajomości i poznawanie nowych ludzi.
- 2A_ Zwykle reaguję powoli i z rozwagą.
- 2B_ Zwykle reaguję szybko i spontanicznie.
- 3A_ Zwykle czas jest dla mnie ważny i nie pozwalam, aby inni mi go zabierali.
- 3B_ Zwykle pozwalam innym, aby zabierali mi czas.
- 4A_ Zwykle sam się przedstawiam na zebraniach, spotkaniach.
- 4B_ Zwykle czekam, aby inni mnie przedstawili.
- 5A_ Zwykle pozwalam, aby rozmowa skupiała się na zainteresowaniach partnera, nawet jeśli odbiega od spraw zawodowych lub innych ważnych w danej chwili.
- 5B_ Zwykle skupiam rozmowę na zadaniach, problemach i innych ważnych sprawach w danym momencie.
- 6A_ Zwykle nie jestem asertywny i mogę być bardzo cierpliwy.
- 6B_ Zwykle jestem asertywny i mogę być zniecierpliwiony, gdy coś idzie wolno.
- 7A_ Zwykle podejmuję decyzję, opierając się na faktach lub dowodach.
- 7B_ Zwykle podejmuję decyzję, biorąc pod uwagę uczucie, doświadczenie lub relacje z ludźmi.
- 8A_ Zwykle często przyspieszam przebieg rozmowy.
- 8B_ Zwykle rzadko przyspieszam przebieg rozmowy.
- 9A_ Zwykle lubię pracować z ludźmi i dzięki nim, gdy trzeba, wspieram ich i pomagam.
- 9B_ Zwykle pracuję niezależnie lub narzucam warunki i określám, jak inni powinni się zachowywać czy pracować.
- 10A_ Zwykle zadaję pytania lub wyrażam się nie wprost.
- 10B_ Zwykle wypowiadam się z naciskiem lub bezpośrednio wyrażam opinie.
- 11A_ Zwykle skupiam się najpierw na pomysłach, wynikach.
- 11B_ Zwykle skupiam się najpierw na osobie, relacji, uczuciach.
- 12A_ Zwykle dużo gestykuluje, zmieniam wyraz twarzy, intonacje głosu, aby podkreślić coś ważnego, o czym mówię.

12B_ Zwykle nie używam gestów, nie zmieniam wyrazu twarzy ani intonacji głosu, aby podkreślić coś ważnego, o czym mówię.

13A_ Zwykle akceptuje punkt widzenia innych osób (pomysły, uczucia, zainteresowania).

13B_ Zwykle nie akceptuje punktu widzenia innych osób (pomysłów, uczuć, zainteresowań).

14A_ Zwykle w sytuacji ryzyka i zmiany reaguję w sposób ostrożny.

14B_ Zwykle w sytuacji ryzyka i zmiany reaguję w sposób dynamiczny i do końca nieprzewidywalny.

15A_ Zwykle wolę zatrzymać dla siebie swoje myśli i uczucia, dzieląc się nimi tylko wtedy, kiedy tego chcę.

15B_ Zwykle przychodzi mi łatwo dzielić się i dyskutować o moich uczuciach z innymi.

16A_ Zwykle poszukuje nowych lub różnych doświadczeń i sytuacji.

16B_ Zwykle wybieram znane lub podobne sytuacje lub relacje.

17A_ Zwykle jestem podatny na zainteresowania innych i ich plany.

17B_ Zwykle kieruję się moimi zainteresowaniami i planami.

18A_ W sytuacji konfliktu reaguję powoli i nie wprost.

18B_ W sytuacji konfliktu reaguję szybko i wprost.

KLUCZ

O	Z	B	P
1A	1B	2B	2A
3B	3A	4A	4B
5A	5B	6B	6A
7B	7A	8A	8B
9A	9B	10B	10A
11B	11A	12A	12B
13A	13B	14B	14A
15B	15A	16A	16B
17A	17B	18B	18A
Razem	Razem	Razem	Razem

Załącznik 3.

JAKIEGO STYLU KIEROWANIA POTRZEBUJESZ?

Celem badania jest analiza własnych potrzeb w zakresie bycia kierowanym i preferowanych sposobów kierowania przez swojego kierownika.

Poniżej mieszczono stwierdzenia dotyczące różnych zachowań kierownika w pracy. Uszereguj te stwierdzenia, kierując się własnym wyobrażeniem sylwetki idealnego szefa. Stwierdzenia ułożono w bloki, po trzy w każdym. Należy je uszeregować od 1 do 3.

Ocena 1- dane stwierdzenie odpowiada mi najbardziej

Ocena 2- dane stwierdzenie średnio mi odpowiada

Ocena 3- dane stwierdzenie najmniej mi odpowiada

1. a. Potrafi kontrolować prace podwładnych.
b. Jest ceniony ze względu na wiedzę.
c. Jest przyjaźnie ustosunkowany wobec podwładnych.
2. a. Dąży do dokonania czegoś nowego, lepszego niż dotychczasowe.
b. Zawsze chętnie współpracuje.
c. Jasno i jednoznacznie formułuje swoje decyzje.
3. a. Cechuje go umiejętność przekonywania innych.
b. Wszystko wykonuje w terminie.
c. Wykazuje niezwykłą pomysłowość w realizowaniu zadań.
4. a. Działa energicznie i skutecznie na bardzo trudnych odcinkach.
b. Zachęca podwładnych do szukania nowych metod pracy.
c. W pełni wykorzystuje możliwości przekazywania niższemu szczeblowi uprawnień i odpowiedzialności.
5. a. Potrafi szybko dostrzec błędy.
b. Przedstawia problem i pozwala podwładnym podjąć decyzję.
c. Potrafi samodzielnie rozwiązywać bardzo skomplikowane problemy.
6. a. Prosi podwładnych o ocenę i analizę pracy.
b. Lubi trudne i odpowiedzialne zadania.
c. Wyraźnie określa system nagradzania i karania.
7. a. Niechętnie angażuje się w zbyt łatwe zadania.
b. Pracuje wyjątkowo starannie, bez błędów.
c. Nie lubi karać podwładnych.
8. a. Z godnością reprezentuje swoje stanowisko.
b. Z zainteresowaniem odnosi się do potrzeb i trosk pracowników.
c. Powierza podwładnym coraz bardziej odpowiedzialne zadania.
9. a. W nowych sytuacjach poszukuje rady i opinii.
b. Często dokonuje kontroli wykonania zadań.
c. Pochłaniają go prace koncepcyjne.
10. a. Wyraźnie interesuje go własna praca.
b. W stosunku do podwładnych zachowuje się jak kolega.
c. Odgrywa rolę „ojca” dla podwładnych.
11. a. W nagłych sytuacjach podejmuje bezzwłocznie decyzję.
b. Zachęca podwładnych do uczenia się nowości.
c. Dostarcza podwładnym dużo swobody.

UWAGA!

Poniższe stwierdzenia opisują mniej pożądane zachowania kierownicze. Dokonując ich uporządkowania, należy się kierować zasadą: „Co wybrałbyś z trojga złego?”. Stwierdzeniu najbardziej Ci odpowiadającemu należy przypisać ocenę 1, kolejnemu-2, a najmniej odpowiadającemu-ocenę 3.

12. a. Z trudem przystosowuje się do realizacji nowych zadań.
b. Wykazuje brak zainteresowania potrzebami podwładnych.
c. Nie potrafi egzekwować poleceń.
13. a. Traktuje podwładnych jak zasoby, jedynie z punktu widzenia ich roli organizacyjnej.
b. Traci głowę w trudnych sytuacjach.
c. Często stosuje groźby.
14. a. Niechętnie angażuje się w zbyt trudne zadania.
b. Nie pyta o zdanie podwładnych.
c. Boi się ingerować w momencie zaistnienia spraw drażliwych.
15. a. Dyktuje podwładnym, co mają robić, i oczekuje natychmiastowego wykonania.
b. Nie zależy mu na ocenie otoczenia.
c. Ukrywa niedociągnięcia podwładnych.
16. a. Ma przeciętną wiedzę specjalistyczną.
b. Udaje, że nie dostrzega konfliktu.
c. Jego dyspozycje mają charakter nakazu.
17. a. Interesuje się jedynie pracą zawodową podwładnych.
b. Najczęściej mówi: „Tak trzeba”, „tak musi być” itp.
c. Narusza formalną dyscyplinę pracy.
18. a. Doradza nawet natarczywie, gdy nie jest o to proszony.
b. Łatwo ulega wpływom otoczenia.
c. W razie konfliktu udaje, że go nie dostrzega.
19. a. Ceni nade wszystko święty spokój.
b. Formalizuje stosunek władzy względem podwładnych.
c. Podporządkowuje się całkowicie podwładnym wysuwającym propozycje.
20. a. W wyjątkowo trudnych sytuacjach potrzebuje fachowej pomocy.
b. Opornie reaguje na skierowane do siebie uwagi.
c. Jest raczej indywidualistą w swojej pracy.

KLUCZ

A – styl autokratyczny
 D – styl demokratyczny
 K – styl konsultatywny

1. a. A b. K c. D	5. a. A b. D c. K	9. a. D b. A c. K	13. a. K b. D c. A	17. a. K b. A c. D
2. a. K b. D c. A	6. a. D b. K c. A	10. a. K b. D c. A	14. a. D b. A c. K	18. a. A b. D c. K
3. a. D b. A c. K	7. a. K b. A c. D	11. a. A b. K c. D	15. a. A b. K c. D	19. a. K b. A c. D
4. a. A b. K c. D	8. a. A b. D c. K	12. a. A b. K c. D	16. a. D b. K c. A	20. a. D b. A c. K

WYNIKI**Razem punkty:**

A

D

K

Załącznik 4.**SKALA WARTOŚCI WG M. ROKEACHA**

A. Masz przed sobą 18 stwierdzeń, które charakteryzują środki za pomocą których można realizować swoje ostateczne cele życiowe. Ustal ich kolejność, zacznij od tych przy pomocy których najbardziej chciałbyś osiągnąć te ostateczne cele do tych, które w najmniejszym stopniu odpowiadają Ci jako środki do realizacji tych celów.

- **Ambitny** (ciężko pracujący, aspirujący)
- **Szerokie horyzonty** (otwarty umysł)
- **Zdolność** (kompetentny, efektywny)
- **Wesołość** (pozytywnie nastawiony, radosny)
- **Czystość** (schludny, uporządkowany)
- **Odwaga** (stojący za swoimi przekonaniem)
- **Wyrozumiałość** (skłonny wybaczać innym)
- **Pomocny** (pracujący dla dobra innych)
- **Uczciwość** (szczerzy, ufający)
- **Obdarzony wyobraźnią** (śmiały, kreatywny)
- **Niezależność** (samodzielny, zaradny)
- **Intelektualny** (inteligentny, refleksyjny)
- **Logiczność** (konsekwentny, racjonalny)
- **Kochający** (emocjonalny, czuły)
- **Posłuszny** (obowiązkowy, pełen szacunku)
- **Uprzejmość** (grzeczny, o dobrych manierach)
- **Odpowiedzialność** (niezawodny, można na nim polegać)
- **Opanowany** (powściągliwy)

B. Masz przed sobą 18 stwierdzeń, które charakteryzują ostateczne cele życiowe ludzi. Po przeczytaniu wszystkich określeń, ustal ich kolejność, poczynając od tych, które najbardziej charakteryzują Ciebie- do tych, które Tobie najmniej odpowiadają.

- **Wygodne życie** (dostatnie życie)
- **Ekscytujące życie** (stymulujący, aktywny tryb życia)
- **Poczucie spełnienia** (trwałe dokonanie)
- **Świat pełen spokoju** (pokój)
- **Świat pełen piękna** (piękno natury i sztuki)

- **Równość** (braterstwo, równe szanse dla wszystkich)
- **Bezpieczeństwo rodziny** (opieka nad najbliższymi)
- **Wolność** (niezależność, wolny wybór)
- **Szczęście** (zadowolenie)
- **Wewnętrzna harmonia** (brak wewnętrznych konfliktów)
- **Dojrzała miłość** (seksualne i emocjonalne intymności)
- **Bezpieczeństwo narodowe** (ochrona przed atakiem)
- **Przyjemność** (przyjemne, swobodne życie)
- **Zbawienie** (życie wieczne)
- **Poczucie własnej godności** (poczucie własnej wartości)
- **Pozycja społeczna** (szacunek, podziw)
- **Prawdziwa przyjaźń** (bliska znajomość)
- **Mądrość** (dojrzały sposób rozumienia życia)

C. Po wypełnieniu obydwu zadań, wskaż listę stwierdzeń A i B, za pomocą której wolałbyś charakteryzować swój styl życia. Po zastanowieniu weź w kółko symbol listy: **A, B**

Załącznik 5.

METRYCZKA

1. Wiek:

☐ do 25 lat ☐ 25-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ powyżej 51 lat

2. Staż pracy w zawodzie pielęgniarstwa:

☐ do 5 lat ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ powyżej 21 lat

3. Staż pracy w obecnym zakładzie:

☐ do 5 lat ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ powyżej 21 lat

4. Stanowisko:

☐ pielęgniarka odcinkowa ☐ pielęgniarka oddziałowa ☐ inne

5. Wykształcenie:

☐ dyplom pielęgniarski ☐ licencjat ☐ wyższe studia pielęgniarskie

6. Nazwa ZOZ-u, w którym Pan/Pani pracuje:

☐ szpital powiatowy ☐ szpital wojewódzki ☐ szpital kliniczny

Serdecznie dziękuję za poświęcony czas i wypełnienie ankiety!