

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

Polish Nursing



praktyka kliniczna



badania naukowe



*promocja zdrowia
w pielęgniarstwie*



zarządzanie w pielęgniarstwie



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE
POLISH NURSING

KOLEGIUM REDAKCYJNE
EDITORIAL COMMITTEE

Redaktor Naczelny

Editor-in-Chief

dr hab. Maria Danuta Głowacka

Zastępcy Redaktora Naczelnego

Vice Editor-in-Chief

dr hab. Krystyna Jaracz

prof. dr hab. Tomasz Opala

prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

prof. dr hab. Jacek Wysocki

Sekretarz Naukowy

Scientific Secretary

dr hab. Ewa Mojs

Sekretarz Redakcji

Editorial Secretary

dr hab. Ewa Mojs

LISTA RECENZENTÓW „PIEŁĘGNIARSTWA POLSKIEGO” W 2012 ROKU

(THE LIST OF THE REVIEWERS OF POLISH NURSING IN 2012)

Prof. Ryszard Barczyk

Dr Grażyna Bączyk

Dr Grażyna Czerwiak

Prof. Kazimierz Dobrzański

Prof. Henryk Mruk

Dr Grażyna Nowak-Starz

Dr Jan Nowomiejski

Dr Piotr Pagórski

Prof. Mariola Pawlaczyk

Dr Elżbieta Prussak

Prof. Piotr Stepniak

Dr Dorota Talarska

Dr Aleksandra Zielińska

RADA NAUKOWA

EDITORIAL ADVISORY BOARD

dr hab. Antoni Czupryna

dr hab. Danuta Dyk

dr hab. Jolanta Jaworek

prof. Lotte Kaba-Schönstein

mgr Irmeli Katainen

prof. Christina Koehlen

prof. dr hab. Jerzy Konieczny

dr Maria Kózka

prof. UM dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr hab. Piotr Małkowski

prof. Hildebrand Ptak

prof. dr hab. Jerzy Stańczyk

dr Frans Vergeer

prof. dr hab. Jerzy Warchoń

prof. UM dr hab. Maciej Wileczak

prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz

prof. dr hab. Jan Wilczyński

ADRES REDAKCJI:

Pielęgniarstwo Polskie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, Poznań

tel. (61) 861-22-50, fax (61) 861-22-51

e-mail: pielengniarstwo.polskie@ump.edu.pl

EDITOR'S ADDRESS:

Polish Nursing

The Faculty of Health Sciences

Poznan University of Medical Sciences

11 Smoluchowskiego Str., Poznań, Poland

phone (+4861) 861-22-50 int. 191, fax (+4861) 861-22-51

e-mail: pielengniarstwo.polskie@ump.edu.pl

KOLPORTAŻ

Prowadzi Dział Promocji Wydawnictw Uczelnianych i Redakcja

DISTRIBUTION

By the Publishing House and Editor

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Nr 3(45)

Poznań 2012

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

Korekta:
Ewa Mojs
Alicja Strzelecka-Żyromska

Korekta tekstów w j. ang.:
Katarzyna Warchoń-Biedermann

Skład komputerowy:
Barbara Guździol

Projekt okładki:
Rafał Staszewski

Zdjęcia na okładce:
Rafał Staszewski, Maciej Sobkowski

Sprzedaż:
Punkt Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP
60-356 Poznań, ul. Przybyszewskiego 37a
tel./fax (61) 854-64-87
e-mail: sprzedazwydawnictw@ump.edu.pl

*Redakcja deklaruje, że wersja papierowa
„Pielęgniarstwa Polskiego” jest wersją pierwotną (referencyjną).*

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
60-812 Poznań, ul. Bukowska 70
tel./fax (61) 854-71-51

Ark. wyd. 6,5. Ark. druk. 8,3. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 58/13.

SPIS TREŚCI

<i>Od Redaktora</i>	113	<i>Piotr Czajka, Anna Frankowska: Krytyczny przegląd koncepcji zarządzania stresem w pracy w perspektywie europejskiej</i>	146
PRACE ORYGINALNE		<i>Elżbieta Prussak: Zatrudnienie w podmiotach leczniczych pracowników wykonujących zawód medyczny</i>	150
<i>Renata Wójcik, Dorota Mocarska, Urszula Bauerfeind, Andrzej Kędzia: Przygotowanie rodziców do sprawowania opieki nad dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego</i>	115	<i>Ewa Mojs, Przemysław Daroszewski: Psychospołeczne skutki otyłości u dzieci i młodzieży</i>	155
<i>Anna Maria Stanek, Karolina Szczeszek, Maciej Wilczak, Piotr Dydowicz, Sławomir Graczyk, Bogusław Dębniak: Nauczanie umiejętności klinicznych w ocenie studentów pielęgniarstwa i położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu</i>	121	PRACE STUDENCKIE	
PRACE POGLĄDOWE		<i>Piotr Pagórski, Natalia Walicka-Nowaczyk: Kultura organizacji i jej wpływ na właściwe postawy pracownicze w podmiocie leczniczym</i>	160
<i>Piotr Stawny, Ewa Jakubek, Monika Matecka: Mobbing jako forma patologii w organizacji – psychospołeczne aspekty zjawiska</i>	127	INFORMACJE	
<i>Henryk Mruk: Skuteczne przywództwo a harmonia w pracy zespołowej w placówkach medycznych</i>	134	Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska	170
<i>Jan Nowomiejski, Renata Rasińska, Ryszard Barczyk: Przeciwdziałanie zjawisku mobbingu w organizacji</i>	140	Informacje o nowym dziale „Prawo w pielęgniarstwie”	172
		Poddyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej	173

CONTENTS

<p><i>Editor's note</i> 114</p> <p style="text-align: center;">ORIGINAL PAPERS</p> <p><i>Renata Wójcik, Dorota Mocarska, Urszula Bauerfeind, Andrzej Kędzia: Preparing Parents for Taking Care of Children after Bone Marrow Transplantation</i> 115</p> <p><i>Anna Maria Stanek, Karolina Szczeszek, Maciej Wilczak, Piotr Dydowicz, Sławomir Graczyk, Bogusław Dębniak: Teaching of clinical skills in the assessment of nursing and midwifery students of the Department of Health Sciences University of Medical Sciences</i> 121</p> <p style="text-align: center;">REVIEW ARTICLES</p> <p><i>Piotr Stawny, Ewa Jakubek, Monika Matecka: Mobbing as a form of pathology in the organisation – psychosocial aspects of the phenomenon</i> ... 127</p> <p><i>Henryk Mruk: Effective leadership and harmony in teamwork in medical institution</i> 134</p> <p><i>Jan Nowomiejski, Renata Rasińska, Ryszard Barczyk: Counteracting the phenomenon of mobbing in the organization</i> 140</p>	<p><i>Piotr Czajka, Anna Frankowska: A critical review of approaches to work stress prevention at workplace in a european perspective</i> 146</p> <p><i>Elżbieta Prussak: Employment of medical workers in companies medical professionals</i> 150</p> <p><i>Ewa Mojs, Przemysław Daroszewski: Obesity and its psychosocial consequences in children and adolescents</i> 155</p> <p style="text-align: center;">STUDENT'S PAPERS</p> <p><i>Piotr Pagórski, Natalia Walicka-Nowaczyk: Organization culture and its impact on worker's attitude to work in healthcare institution</i> 160</p> <p style="text-align: center;">INFORMATION</p> <p>Polish Society of Health Sciences. Member's declaration 170</p> <p>The information about the new chapter "The law in nursing" 172</p> <p>Postgraduate Course "The management in Health Care" – information 173</p>
---	--

Od Redaktora

Szanowni Czytelnicy,

Przedstawiamy Państwu niezwykle ważny, ze względu na poruszane treści, numer naszego pisma. Po raz kolejny przedstawiamy temat mobbingu, tym razem od strony prawnej oraz możliwości przeciwdziałania narastaniu tego zjawiska w placówkach ochrony zdrowia. Z licznych rozmów z Czytelnikami wiemy, iż bardzo często temat mobbingu pojawia się w rozmowach zarówno prywatnych, jak i służbowych. W bieżącym numerze polecamy artykuły: „Mobbing jako forma patologii w organizacji – psychospołeczne aspekty zjawiska” oraz „Przeciwdziałanie zjawisku mobbingu w organizacji”. Polecamy także artykuł „Kultura organizacji i jej wpływ na właściwe postawy pracownicze w podmiocie leczniczym”.

Zapewne jego lektura wzbudzi szereg przemyśleń w odniesieniu do własnej pracy i kultury organizacyjnej jednostki, w której Państwo pracują.

Nasi Czytelnicy aktywnie uczestniczą w kursach specjalizacyjnych, szkoleniach podyplomowych i warsztatach i konferencjach. Nieustannie prosimy o relacje z tych zdarzeń. Będziemy je prezentować w kolejnych numerach naszego czasopisma.

My ze swojej strony także czynimy starania, aby informować Państwa o ofercie edukacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu dla pielęgniarek i położnych, na przykład o podyplomowych studiach z zarządzania w ochronie zdrowia.

Tradycją naszego czasopisma jest także rubryka prawnika, zapraszamy do zadawania pytań p. mgr Joannie Zdankowskiej.

W załączniku informacje o Polskim Towarzystwie Nauk o Zdrowiu i jego aktywności konferencyjno-szkoleniowej.

Zachęcamy Czytelników do nadsyłania prac oraz aktywnego kontaktu z Redakcją.

Życzymy owocnej lektury i zapraszamy do udziału w konferencjach organizowanych przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Dr hab. Maria Danuta Głowacka
Redaktor Naczelny

Editor's note

Dear Readers,

We are pleased to present you with the new issue of our journal, which is a collection of stimulating articles. This time, again, we focus on mobbing, especially on its legal aspects and the ways to prevent the increase of mobbing in health care entities. We learned from our readers that the phenomenon of mobbing has become a frequent topic of both private and official conversations. In the present issue, we recommend the article entitled Mobbing as a form of organizational pathology and its psychosocial aspects and a paper on prevention of mobbing in an organization. Additionally, we would like to endorse a review on organizational culture in health care entities and its influence on good employee attitudes.

These articles will surely create an opportunity for reflection about your own work and the organizational culture of the institution you are employed with. Our readers actively participate in specialist courses, post-graduate trainings, workshops and conferences so, as always, we would like to ask you to send us reports from these events so that we can publish them in our journal.

We, in turn, are committed to informing you about PUMS's educational offerings for nurses and midwives such as Postgraduate School of Healthcare Management.

Legal column has become the tradition of our journal so we invite you to ask questions to Joanna Zdanowska, who is our lawyer. In the attachment please find the information about Polish Society of Health Sciences, its conferences and trainings. We encourage our readers to send us papers and to stay in touch with the Editorial Committee. We wish you fruitful reading and send you an invitation to participate in conferences organized by Poznan University of Medical Sciences.

Maria Danuta Głowacka, PhD
Editor in Chief

PRZYGOTOWANIE RODZICÓW DO SPRAWOWANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM PO PRZESZCZEPIE SZPIKU KOSTNEGO

PREPARING PARENTS FOR TAKING CARE OF CHILDREN AFTER BONE MARROW TRANSPLANTATION

RENATA WÓJCIK, DOROTA MOCARSKA, URSZULA BAUERFEIND, ANDRZEJ KĘDZIA

Katedra Auksologii Klinicznej i Pielęgniarstwa Pediatricznego
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. med. Andrzej Kędzia

Streszczenie

Transplantacja szpiku kostnego jest jedną z coraz częściej stosowanych metod leczenia w chorobach rozrostowych układu krwiotwórczego. Odpowiedni poziom wiedzy, umiejętności oraz motywacji pozwala dziecku i jego rodzicom na współuczestniczenie w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz przygotowuje do prowadzenia opieki po przeszczepie szpiku kostnego w warunkach domowych.

Celem przeprowadzonych badań jest ocena wiedzy i przygotowania rodziców do opieki nad dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego.

Przebadano 24 rodziców dzieci poddanych przeszczepowi szpiku kostnego w oddziale transplantologii Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera w Poznaniu. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankietowej.

Wyniki wskazują, że większość rodziców (71%) zna pojęcie immunosupresji. Informację o właściwym postępowaniu z dzieckiem po przeszczepie szpiku znaczna większość badanych uzyskała od lekarzy (67%), pielęgniarki informują rodziców tylko w (8%), a psychologów w (4%). Najczęściej pytania dotyczące pielęgnacji dziecka respondenci kierują do lekarzy (50%), a w drugiej kolejności do pielęgniarek (33%). W większości przypadków (63%) rodzice ocenili, że najlepiej zostali przygotowani do sprawowania opieki przez lekarza.

Rodzice w swojej ocenie potrafią sprawować opiekę nad dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego. Wiedza opiekunów na temat możliwych powikłań oraz zasad postępowania z dzieckiem, po przeszczepie, w warunkach domowych pozyskiwana jest w głównej mierze od lekarzy.

Słowa kluczowe: dziecko, transplantacja szpiku kostnego, pielęgniarka, edukacja rodziców.

Summary

Bone marrow transplantation is one of the increasingly common treatment methods in proliferative hematological disorders. Adequate degree of knowledge, skills and motivation enables the child and its parents to participate in diagnostic and therapeutic process and prepares them for home care after bone marrow transplantation.

The aim of the research was to evaluate the parents' knowledge of and preparedness for taking care of their children after bone marrow transplantation.

A group of 24 parents of children who had undergone bone marrow transplantation in Karol Jonscher Clinical Hospital in Poznań was investigated. The diagnostic survey method was applied using the survey technique.

The results show most parents (71%) know the notion of immunosuppression. In a significant majority of cases (67%), information about how to handle the child after the transplantation was provided by doctor; nurses informed the parents only in 8% of the cases, whereas psychologists did that in 4% of the cases. Usually, the parents addressed questions about child nursing to doctors (50%), followed by nurses (33%). In most cases (63%) the parents believed that the most valuable contribution in this respect came from doctors.

The parents believe that they know how to nurse a child after bone marrow transplantation. Their knowledge about possible complications and procedures of dealing with the child at home is obtained mostly from doctors.

Key words: child, bone marrow transplantation, nurse, parents' education.

Wstęp

Przeszczepianie macierzystych komórek krwiotwórczych daje wiele możliwości terapeutycznych, nie tylko w chorobach nowotworowych, takich jak białaczki i guzy, ale również w innych schorzeniach układu krwiotwórczego m.in.: w niedokrwistości nabytej i wrodzonej, chorobach układu metabolicznego i niedoborach odporności. Liczba ośrodków przeszczepiających szpik w Europie i na świecie stale rośnie. Wszystkie działające obecnie w

Polsce ośrodki są zrzeszone w europejskiej organizacji EBMT (European Bone Marrow Transplantation) i posiadają jej akredytację na wykonywanie przeszczepów autologicznych i allogenicznych. Środki finansowe na procedurę transplantacji oraz leczenie pacjentów po przeszczepie zapewnia Ministerstwo Zdrowia, ono też wydaje zezwolenia na wykonywanie poszczególnych rodzajów przeszczepów. Od 1996 roku obowiązuje ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [1]. Od roku 2001 na zlecenie Ministerstwa

Zdrowia Polstransplant (Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji) realizuje 2 Programy Polityki Zdrowotnej: Program Rozwoju Ogólnopolskiego Rejestru Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej (OCRDSi-KP) i Program Doboru Niepokrewnionego Dawcy Szpiku [2]. Przygotowanie rodziców do opieki nad dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego w dużym stopniu zależy od pracy całego zespołu terapeutycznego: lekarzy, pielęgniarek, dietetyków, psychologów, personelu pomocniczego oraz innych, w tym grup wsparcia. Współpraca z zespołem terapeutycznym umożliwia pacjentowi i jego rodzinie uzyskanie niezbędnej wiedzy o chorobie i sposobach radzenia sobie z jej skutkami. Pozyskane umiejętności i motywacja pozwala dziecku i jego opiekunom na współuczestniczenie w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz przygotowuje rodziców do prowadzenia opieki po przeszczepie w warunkach domowych.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wiedzy i przygotowania rodziców dzieci poddanych przeszczepowi komórek macierzystych szpiku kostnego do sprawowania nieprofesjonalnej opieki w warunkach środowiska domowego.

Material i metody

Badania przeprowadzono wśród rodziców 24 dzieci w wieku od 3–18 roku życia poddanych przeszczepowi szpiku kostnego w oddziale transplantologii Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera w Poznaniu. Do przeprowadzenia badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankietowej. Materiał badawczy poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem testu niezależności zdarzeń χ^2 Pearsona. Założono, że wskaźnik korelacji Pearsona będzie wynosić $p \leq 0,05$.

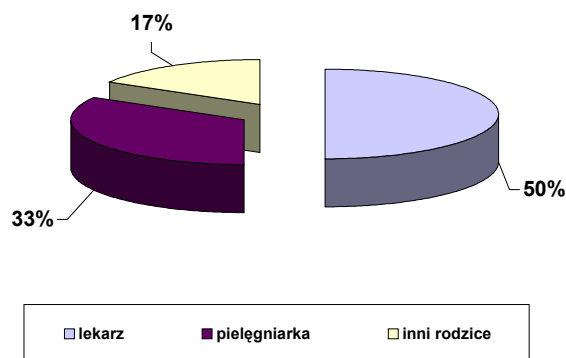
Wyniki

Wśród 24 dzieci, po przeszczepie szpiku kostnego, objętych badaniem było 11 dziewcząt, co stanowi 46% ogółu badanych i 13 chłopców, co stanowi 54% badanej grupy. Największy odsetek stanowiły dzieci w przedziale wiekowym 13–18 lat (44%), a najmniej było dzieci w grupie wiekowej 3–5 lat (20%).

Wśród rodziców badanych dzieci największy odsetek stanowiły matki z wykształceniem średnim – 63%, a najmniej tylko 4% to matki z wykształceniem podstawowym. Badania poziomu wykształcenia ojców wskazują, że 75% posiada wykształcenie zawodowe, a wykształcenie wyższe i podstawowe po 4% respondentów.

Większość rodziców zna pojęcie immunosupresji (71%), pozostali rodzice (21%) znają to pojęcie częściowo, a 8% respondentów nie potrafi wyjaśnić jego znaczenia.

Informacje o właściwym postępowaniu z dzieckiem, po przeszczepie szpiku kostnego, respondenci uzyskują w głównej mierze od lekarzy – 67%, pielęgniarki informują rodziców tylko w 8%, psychologzy w 4%, a inni rodzice w 21%. Pytania dotyczące pielęgnacji dziecka, po przeszczepie, opiekunowie kierują przede wszystkim do lekarzy, co obrazuje rycina 1.



Rycina 1. Osoby, które udzielają informacji dotyczących pielęgnacji po przeszczepie.

Figure 1. Providers of information on post-transplant nursing.

Źródło: opracowanie własne

Source: author's concept

Najczęstszą formą pomocy i wsparcia z jakiej korzystają respondenci to: fundacje i stowarzyszenia – 42%, osoby prywatne – 33%, ośrodki pomocy społecznej – 17% oraz poradnie psychologiczne – 8%.

Niezbędną wiedzę na temat rodzaju stosowanej diety u dziecka, po przeszczepie, w czasie immunosupresji rodzice uzyskują od lekarza (45%), w drugiej kolejności od pielęgniarki (21%), natomiast od dietetyka tylko w 17%, podobnie jak od innych rodziców.

Dla postawionego celu badania wyodrębniono następujące hipotezy:

1. Istnieje zależność między przygotowaniem rodziców do sprawowania opieki nad dzieckiem, po przeszczepie, a osobą udzielającą tych informacji (Tabela 1).

Nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy o niezależności stopnia przygotowania rodziców do sprawowania opieki nad dzieckiem od osoby udzielającej informacji na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Wartość miary współzależności 0,010. Ponad połowa rodziców (około 54%) otrzymuje informację bezpośrednio od lekarza, około 27% od pielęgniarki, a niespełna 20% od innych rodziców. Najczęściej rodzice otrzymują informację z kilku źródeł. Istniejące różnice postaw w poszczególnych grupach mają charakter losowy. Prawie wszyscy rodzice uważają, że są dobrze przygotowani do sprawowania opieki nad dzieckiem niezależnie od źródła informacji.

2. Istnieje zależność pomiędzy znajomością powikłań, po przeszczepie szpiku kostnego, a samooceną poziomu wiedzy rodziców na temat sprawowania opieki nad dzieckiem po przeszczepie (Tabela 2).

Tabela 1. Badanie wpływu osoby udzielającej informacji na przygotowanie rodziców do sprawowania opieki nad dzieckiem – test niezależności χ^2 Table 1. Analysis of the influence of the information provider on the parents' preparedness for taking care of their children – χ^2 test for independence

Przygotowanie	Źródło informacji			Ogółem	Wartość statystyki	Wartość krytyczna
	Lekarz	Pielęgniarka	Inni rodzice			
Tak	21	10	8	39	0,836	5,991
Nie	1	1	0	2		
Ogółem	22	11	8	41		
Średnia %	53,66%	26,83%	19,51%			
Tak %	95,45%	90,91%	100,00%			
Nie %	4,55%	9,09%	0,00%			

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

Tabela 2. Badanie wpływu samooceny poziomu wiedzy na temat sprawowania opieki nad dzieckiem na znajomość powikłań – test niezależności χ^2 Table 2. Analysis of the influence of the parents' self-assessed level of knowledge of taking care of their children on the knowledge of complications – χ^2 test for independence

Znajomość powikłań	Samoocena		Ogółem	Wartość statystyki	Wartość krytyczna
	Duża	Zadowolająca			
Tak	9	14	23	0,626	3,841
Nie	0	1	1		
Ogółem	9	15	24		
Średnia%	37,5%	62,5%			
Tak %	100,0%	93,3%			
Nie%	0,0%	6,7%			

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

Tabela 3. Badanie wpływu podejmowania pracy zawodowej przez matkę na korzystanie z pomocy w sprawowaniu opieki nad dzieckiem – test niezależności χ^2 Table 3. Analysis of the influence of the mother's professional activity on taking advantage of assistance in nursing the child – χ^2 test for independence

Podejmowanie pracy	Korzystanie z pomocy		Ogółem	Wartość statystyki	Wartość krytyczna
	Tak	Nie			
Tak	6	5	11	1,343	3,841
Nie	10	3	13		
Ogółem	16	8	24		
Średnia %	66,7%	33,3%			
Tak %	37,5%	62,5%			
Nie %	62,5%	37,5%			

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

Nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy o niezależności znajomości powikłań, po przeszczepie szpiku kostnego, od samooceny poziomu wiedzy na temat sprawowania opieki nad dzieckiem na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Wartość miary współzależności 0,013. Istniejące różnice postaw w poszczególnych grupach mają charak-

ter losowy. Liczebność obu grup jest zbliżona do siebie. W obu grupach zdecydowanie przeważa dobra znajomość powikłań – średnio około 96%.

3. Istnieje zależność między korzystaniem z pomocy w sprawowaniu opieki nad dzieckiem, po przeszczepie, a podejmowaniem pracy zawodowej przez rodziców (Tabela 3).

Tabela 4. Badanie wpływu samooceny poziomu wiedzy na temat sprawowania opieki nad dzieckiem i znajomości objawów niepożądanych, po przeszczepie – test niezależności χ^2 Table 4. Analysis of the influence of the self-assessed level of knowledge of taking care of the child and the self-assessed level of knowledge of post transplant adverse events – χ^2 test for independence

Samoocena	Objawy niepożądane				Ogółem	Wartość statystyki	Wartość krytyczna
	Utrata masy ciała	Drżenie kończyn	Zmiany skórne	Podwyższona temperatura			
Duża	6	4	8	6	24	0,159	7,815
Zadowolająca	14	9	15	14	52		
Ogółem	20	13	23	20	76		
Średnia %	26,3%	17,1%	30,3%	26,3%			
Duża %	30,0%	30,8%	34,8%	30,0%			
Zadawalająca %	70,0%	69,2%	65,2%	70,0%			

Źródło: opracowanie własne

Source: author's concept

Tabela 5. Badanie wpływu wykształcenia matki na aktywne jej uczestnictwo w diagnostyce i leczeniu dziecka – test niezależności χ^2 Table 5. Analysis of the influence of the mother's education on her active participation in the child's diagnostic and treatment processes – χ^2 test for independence

Aktywne uczestnictwo	Wykształcenie matki				Ogółem	Wartość statystyki	Wartość krytyczna
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe			
Tak	0	5	14	2	21	7,848	7,815
Nie	1	1	1	0	3		
Ogółem	1	6	15	2	24		
Średnia %	4,2%	25,0%	62,5%	8,3%			
Tak %	0,0%	83,3%	93,3%	100,0%			
Nie %	100,0%	16,7%	6,7%	0,0%			

Źródło: opracowanie własne

Source: author's concept

Nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy o niezależności korzystania z pomocy w sprawowaniu opieki nad dzieckiem przez matkę od podejmowania przez nią pracy zawodowej na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Wartość miary współzależności – 0,028. Istniejące różnice postaw w poszczególnych grupach mają charakter losowy. Około 67% matek korzysta z pomocy w sprawowaniu opieki nad dzieckiem, niezależnie od tego czy podejmują pracę zawodową, czy jej nie podejmują. Prawie połowa matek około 46% podejmuje pracę zawodową, natomiast około 54% nie pracuje zawodowo.

4. Istnieje zależność między samooceną znajomości objawów niepożądanych, po przeszczepie, a samooceną poziomu wiedzy na temat sprawowania opieki nad dzieckiem (Tabela 4).

Nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy o niezależności samooceny znajomości objawów niepożądanych, po przeszczepie, od samooceny poziomu wiedzy na temat sprawowania opieki nad dzieckiem na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Wartość miary współzależności – 0,001. Istniejące różnice postaw w poszczególnych gru-

pach mają charakter losowy. Rodzice znają po kilka niepożądanych objawów. U większości rodziców przeważa samoocena zadowolająca, niemniej jednak znajomość niepożądanych objawów, po przeszczepie, jest w obu grupach samooceny dobra.

5. Istnieje zależność między aktywnym uczestnictwem rodziców w diagnostyce i leczeniu dziecka, a wykształceniem i wiekiem rodziców oraz poziomem wiedzy na temat sprawowania opieki (Tabela 5).

Hipotezę o niezależności aktywnego uczestnictwa matki w diagnostyce i leczeniu dziecka od wykształcenia matki na poziomie istotności $\alpha = 0,05$ należy odrzucić. Wartość miary współzależności – 0,163. Istniejące różnice postaw w poszczególnych grupach nie mają charakteru losowego. Zdecydowana większość matek (około 90%) aktywnie uczestniczy w diagnostyce i leczeniu dziecka. Wykazano pozytywny wpływ wykształcenia matek na aktywne ich uczestnictwo w diagnostyce i leczeniu dziecka, jednak ze względu na małą liczebność próby wnioskowanie jest niepewne, zwłaszcza że wartość statystyki nieznacznie przekracza wartość krytyczną.

Dyskusja

Kompleksowe przygotowanie rodziców do przejęcia nieprofesjonalnej opieki nad dzieckiem, po przeszczepie szpiku kostnego, warunkach domowych jest możliwe dzięki współpracy całego zespołu terapeutycznego. Poszczególne członkowie tegoż zespołu, tj. lekarze, pielęgniarki, dietetycy, psychologowie z równą determinacją i zgodnie z wykształceniem zawodowym winni przekazywać wiedzę teoretyczną i praktyczną niezbędną do sprawowania opieki nad dzieckiem w okresie immunosupresji. Duże zaangażowanie rodziców w zdobywanie wiedzy na temat radzenia sobie z różnymi problemami pielęgnacyjnymi dotyczącymi dziecka pozwala na uniknięcie groźnych powikłań związanych z tą formą leczenia. Dobrze przygotowanie opiekunów mogą determinować różne czynniki, a jednym z nich może być wykształcenie rodziców. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że istnieje zależność między wykształceniem matki, a aktywnym jej uczestnictwem w diagnostyce i leczeniu dziecka (wartość miary współzależności – 0,163). Badanie przeprowadzono na zbyt małej grupie dlatego wnioskowanie jest niepewne. Zdecydowana większość matek (około 90%) aktywnie uczestniczy w diagnostyce i leczeniu dziecka w tym matki z wykształceniem średnim stanowią 63%.

Przeprowadzone badania wykazały zależność między stopniem przygotowania rodziców do sprawowania opieki nad dzieckiem, a osobą udzielającą informacji. Ponad połowa rodziców – 54% otrzymuje informację bezpośrednio od lekarza, około 27% od pielęgniarki, a niespełna 20% od innych rodziców. Niezależnie od źródła informacji prawie wszyscy rodzice twierdzą, że są dobrze przygotowani do pielęgnowania dziecka w warunkach domowych. Podobne wyniki w swojej pracy uzyskali M. Szwed-Kolińska i wsp. Badacze poddali analizie 40 rodziców i 40 dzieci hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Pediatrii Hematologii i Onkologii w Bydgoszczy. Celem wspomnianej analizy była ocena poziomu i zakresu informacji przekazywanych przez lekarzy i pielęgniarki na temat postępowania leczniczo – pielęgnacyjnego w ocenie rodziców chorych dzieci. Ponadto wspomniani badacze poddali ocenie również stopień przygotowania rodziców do sprawowania opieki nad dzieckiem, po przeszczepie szpiku kostnego, w warunkach domowych. Przedstawiona przez nich analiza wykazała, że zasadniczym źródłem wiedzy na temat opieki na dzieckiem jest zarówno personel medyczny, jak rodzice innych dzieci. Niewielka grupa rodziców opiera się wyłącznie na informacjach uzyskanych od rodziców dzieci leczonych w oddziale, a z książek i czasopism korzysta niespełna 18% rodziców [3, 4].

Analizując uzyskane wyniki badań należy zwrócić szczególną uwagę na stopień przygotowania członków zespołu terapeutycznego do edukacji rodziców i dzieci po przeszczepie. Badania wykazały, że 96% ankietowanych ocenia, iż potrafi sprawować opiekę nad dzieckiem po przeszczepie. Jednak zdecydowana większość rodziców wskazała, że do sprawowania tej opieki przygotował ich lekarz – 63%, a w znacznie mniejszym stopniu pielęgniarka

– 33%. Zastanawiający jest fakt pozyskiwania informacji w zakresie rozwiązywania problemów pielęgnacyjnych przede wszystkim od lekarzy, a nie od pielęgniarek. Dlaczego pielęgniarka nie jest tutaj autorytetem? Czy wynika to być może z przeciążenia pracą i wykonywania powierzonych jej zadań w sposób instrumentalny, co skutkuje ograniczonym kontaktem z pacjentem? Być może zastosowany model pielęgnowania chorych w oddziałach szpitalnych nie sprzyja realizacji zadań, do których niewątpliwie dobrze przygotowywana jest pielęgniarka w ramach systemu kształcenia. Funkcja edukacyjna nakłada na pielęgniarki obowiązek ustawicznego samokształcenia nie tylko w sferze pielęgnacyjnej, ale również leczniczo-diagnostycznej i dietetycznej. Uzyskana w toku kształcenia oraz pracy zawodowej wiedza i umiejętności winny służyć dzieciom i ich rodzicom w przygotowaniu ich do sprawowania nieprofesjonalnej opieki w warunkach domowych. Zatem pozyskiwanie informacji w znacznym stopniu od lekarzy w zakresie pielęgnowania pacjentów nie wynika zapewne z braku przygotowania do tej roli pielęgniarki, ale być może jest efektem złej organizacji pracy? Badania M. Szwed-Kolińskiej i wsp. wskazują na niedostateczne przekazywanie przez pielęgniarki informacji dotyczących pielęgnacji, np. jamy ustnej, kąpiel, karmienia oraz postępowania dietetycznego. Wspomniani badacze wykazują, że większość rodziców nie wykonuje tych czynności w sposób prawidłowy [3].

Znajomość objawów niepożądanych przez rodziców dzieci, po przeszczepie szpiku kostnego, jest ważnym elementem w zachowaniu ciągłości leczenia i jednocześnie może zapobiec groźnym dla życia i zdrowia powikłaniom. Przeprowadzone badania nie potwierdziły zależności między znajomością objawów niepożądanych, a poziomem wiedzy na temat sprawowania opieki nad dzieckiem po przeszczepie. Zastanawiający jest wynik, że wysoka wiedza rodziców na temat sprawowania opieki nad dzieckiem nie wpływa na większą znajomość skutków ubocznych stosowanego leczenia. Ankietowani jako najczęstsze powikłania wymieniali utratę masy ciała, drżenie kończyn, zmiany skórne, podwyższoną temperaturę ciała. Ważnym elementem pracy pielęgniarki w Oddziale Transplantacji Szpiku Kostnego jest zrozumienie stanu pacjenta oraz objęcie dziecka całokształtem działań służących profilaktyce powikłań. Dziecko przebywa w szpitalu długi czas, zmaga się z nieprzyjemnymi skutkami leczenia, narażone jest na izolację, która jest częścią procedury przygotowania pacjenta do przeszczepienia szpiku kostnego. Osoby te wymagają szczególnej opieki, wyrozumiałości i troski ze strony rodziny, bliskich, a przede wszystkim ze strony profesjonalistów służby zdrowia. Pielęgniarka, poprzez wykonywanie swoich codziennych obowiązków związanych z opieką i pielęgnacją dziecka po przeszczepie, winna przekazywać swoją wiedzę rodzicom i opiekunom. Na wiedzę i szkolenie pacjenta oraz jego opiekunów, w tym również znajomość powikłań, zwraca uwagę Ciechaniewicz, traktując edukację jako integralną część opieki pielęgniarskiej. Właściwie prowadzona umożliwia pacjentowi i jego

rodzinie uzyskanie niezbędnych informacji o chorobie i sposobach radzenia sobie z jej skutkami. Wysoki poziom wiedzy, umiejętności i motywacji pozwala dziecku i jego rodzicom na współuczestniczenie w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz przygotowanie go do opieki. W związku z powyższym pobyt rodzica wraz z dzieckiem w oddziale szpitalnym powinien być wykorzystany na przygotowanie go do nowej sytuacji jaką jest choroba, długotrwałe leczenie i pielęgnowanie [5].

Przygotowanie rodziców do opieki nad dzieckiem, po przeszczepie szpiku kostnego, wymaga nie tylko edukacji na temat samej choroby, diagnostyki i leczenia. Wszystkie aspekty życia chorego dziecka muszą być brane pod uwagę przy planowaniu przejęcia nad nim opieki. Poczynając od przystosowania mieszkania i pokoju do potrzeb chorego dziecka, poprzez dietę, uczestnictwo w zajęciach szkolnych, przetrwanie izolacji społecznej oraz przystosowanie się do nowych warunków życia całej rodziny. Niezmiernie ważną rolę edukacyjno-terapeutyczną winni odgrywać w równej mierze lekarze, pielęgniarki, dietetycy, psychologowie, co nie znalazło potwierdzenia w przeprowadzonych badaniach. Rola dietetyka i psychologa okazała się w nim mało znacząca.

Działania zespołu terapeutycznego mają na celu wzrost świadomości rodziców, że w ciężkiej dla nich próbie jaką jest choroba dziecka, nie są pozostawieni sami sobie. Mogą oni korzystać z różnych form wsparcia, jaką oferują instytucje i stowarzyszenia, które aktywnie działają na rzecz dzieci z chorobami nowotworowymi, niosąc różnorodną pomoc. Dobre przygotowanie rodziców do opieki nad dzieckiem, po przeszczepie szpiku kostnego, znacznie ułatwia niepowikłany powrót dziecka do zdrowia oraz pozwala odzyskać radość beztróskiego dzieciństwa.

Wnioski

1. Rodzice w swojej ocenie potrafią sprawować opiekę nad dzieckiem, po przeszczepie szpiku kostnego, a swoją wiedzę w tym zakresie oceniają na wysokim poziomie.

2. Dobre przygotowanie rodziców do przejęcia opieki nad dzieckiem wynika z kompleksowej edukacji prowadzonej podczas pobytu dziecka w oddziale szpitalnym.

3. Rodzice uczestnicząc na co dzień w procesie pielęgnacyjno-terapeutycznym mają możliwość wykorzystania i zastosowania nabytej wiedzy i umiejętności w warunkach domowych.

4. Wiedza rodziców na temat możliwych powikłań przekazywana w głównej mierze przez lekarzy, pozwala uniknąć groźnych dla zdrowia i życia powikłań.

5. Pielęgniarki, psychologowie i dietetycy w zbyt małym stopniu uczestniczą w procesie przygotowywania rodziców do opieki nad dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Rowiński W., Aspekty prawne przeszczepiania narządów w Polsce. Historia, stan obecny i perspektywy. W: *Transplantologia kliniczna*, Rowiński W., Wałaszewski J., (red.), PZWL, Warszawa 2004, 61.
2. Pietrzykowska A., Kacpra A., Ogólnopolski Centralny Rejestr Dawców szpiku i Krwi Pępowinowej. *Polstransplant – Biuletyn informacyjny*, 2003, 11, 15-17.
3. Szwed-Kolińska M., Barczykowska E., Dębski R. i wsp., Przygotowanie rodziców dzieci z chorobą nowotworową do sprawowania opieki domowej, *Med. & Biol. Sci.*, 2005, 19, 2, 109-113.
4. Janowska J., Barczykowska E., Kurylak A. i wsp., Opieka pielęgniarska przed i po przeszczepie szpiku kostnego – opis przypadku, *Fam. Med. & Prim. Care Rev.*, 2006, 8(1), 146-150.
5. Ciechaniewicz W., *Pedagogika*, WL PZWL, Warszawa 2000, 239.

Adres do korespondencji:

Renata Wójcik
Katedra Auksologii Klinicznej i Pielęgniarstwa Pediatrycznego
Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Szpitalna 27/33
60-572 Poznań
radamska@ump.edu.pl

**NAUCZANIE UMIEJĘTNOŚCI KLINICZNYCH W OCENIE
STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W POZNANIU**

*TEACHING OF CLINICAL SKILLS IN THE ASSESSMENT OF NURSING AND MIDWIFERY STUDENTS
OF THE DEPARTMENT OF HEALTH SCIENCES UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES*

ANNA MARIA STANEK¹, KAROLINA SZCZESZEK¹, MACIEJ WILCZAK¹,
PIOTR DYDOWICZ¹, SŁAWOMIR GRACZYK², BOGUSŁAW DĘBNIAK²

¹Katedra i Zakład Edukacji Medycznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr n. med. Maciej Wilczak

²Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr n. med. Tomasz Opala

Streszczenie

Uczelnie prowadziły do tej pory ewaluację w sposób raczej spontaniczny i nieuregulowany. Analizując różne sposoby ewaluacji można wywnioskować jak istotna dla pełnego procesu jest ocena dokonana przez studenta.

Specyfika studiów, rodzaj weryfikowanych danych spowodowały powstanie szeregu różnych wariantów kwestionariuszy ewaluacyjnych.

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu prowadzono badania opinii studentów na temat jakości kształcenia, badania te jednak nie należały do zintegrowanego systemu ewaluacji, a były tylko własną inicjatywą tego kierunku.

W związku z systematycznym wdrażaniem Deklaracji Bolońskiej i wprowadzeniem systemu „Wirtualna Uczelnia” do Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu został utworzony i zastosowany w badaniach dotyczących jakości kształcenia elektroniczny kwestionariusz ankiety.

Słowa kluczowe: ewaluacja, badanie opinii, umiejętności kliniczne.

Summary

Universities have been evaluated by their students in a rather spontaneous and disordered manner. When analyzing various methods of assessment, one may recognize the importance of student evaluation for the quality of the education process.

Depending on the type of university courses and the parameters to be verified, various evaluation questionnaires have been prepared.

At the Faculty of Health Sciences a research on students' opinion on the quality of education was carried out. The research, however, was the Faculty's own initiative and did not constitute part of an integrated evaluation system.

Along with the systematic implementation of the Bologna Declaration and the introduction of a "Virtual University" at the University of Medical Sciences in Poznań, an opportunity to carry out an electronic survey serving as a tool for evaluation was created.

Key words: evaluation, survey, clinical abilities.

Wstęp

Analizując różne sposoby ewaluacji kształcenia w uczelni wyższej, należy stwierdzić, że istotnym elementem oceny całego procesu kształcenia są opinie studentów. Już w latach 20. poprzedniego wieku pojawiły się wzmianki dotyczące umieszczenia w procesie ewaluacji opinii studentów i dotyczyły Uniwersytetu Wisconsin. Rudnicki i Szwed w swojej pracy przytaczają przykłady uniwersytetów, takich jak: University of Auckland czy Oxford University, które uważają zbieranie opinii wśród studentów jako najlepszy sposób zbierania danych w procesie ewaluacji [1, 2].

Opinie studentów do swojego systemu ewaluacji w naszym kraju wprowadził między innymi Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu oraz Uniwersytet Medyczny w Lublinie [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Jeśli chodzi o Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – w badaniach dotyczących jakości kształcenia uwzględniono opinie studentów na Wydziale Nauk o Zdrowiu, świadczy o tym publikacja z 2003 roku, przedstawiająca wyniki uzyskane na kierunku Pielęgniarstwo. Badania były własną inicjatywą tego kierunku, natomiast nie należały do bardziej masowego sposobu uzyskiwania danych na temat jakości kształcenia [10]. Aktualnie na wydziale w celu uzyskiwania od studentów ocen jakości kształcenia stosuje się elektroniczny kwestionariusz ankiety, dzięki czemu informacje pozyskiwane są w sposób zdalny za pomocą internetu. Istotnym walorem tego narzędzia jest możliwość wypełnienia ankiety przez studenta danego kierunku w dowolnym miejscu i czasie, co zwiększa anonimowość udzielanych odpowiedzi i pozwala uzyskać bardziej obiektywne wyniki, na które nikt nie może wpływać [11, 12, 13, 14, 15].

W roku akademickim 2007/2008 na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (gromadzi on w swojej strukturze około 50% studentów całej Uczelni) podjęto pierwszą próbę przeprowadzenia badań dotyczących jakości kształcenia za pomocą ankiety elektronicznej. Otrzymanych rezultatów nie brano jednak pod uwagę, ponieważ badania te służyły w większym stopniu nauczaniu studentów posługiwania się tym narzędziem, a twórcom umożliwiły weryfikację kwestionariusza ankiety i formy jej prezentowania. Uzyskane dane mogły nie oddawać rzeczywistego stanu i potraktowano je jako badania pilotażowe. W kolejnych latach na wydziale były kontynuowane badania dotyczące ewaluacji procesu kształcenia za pomocą ankiety elektronicznej, dzięki temu stało się możliwe porównanie i analizowanie otrzymanych danych oraz usprawnienie całego procesu oceny jakości kształcenia.

Jakość kształcenia w szkolnictwie wyższym

Złożoność procesu kształcenia utrudnia podanie jednej definicji jakości kształcenia, dlatego też łatwiej jest się skoncentrować na parametrach dotyczących jakości w szkolnictwie wyższym, gdyż jednostki akademickie zawsze były powiązane z jakością i uważały ją za wartość samą w sobie [16].

W związku z tym można zaobserwować wielorakie spostrzeganie tego pojęcia np.:

- z punktu widzenia różnych grup społecznych
- ujęcie eksponujące wartości zawarte w określonych właściwościach, zjawiskach, procesach, warunkach i wynikach
- spojrzenie z perspektywy celów oraz funkcji pełnionych przez instytucje szkolnictwa wyższego [17].

Na ocenę jakości uczelni jako całości, składa się kilka elementów takich jak: jakość programu, organizacja zajęć, jakość nauczania i oceniania, jakość pracy nauczycieli, jakość pomocy naukowych, środowisko kształcenia, opieka nad studentami, warunki rekreacji [18].

W systemie szkolnictwa wyższego przeszkodą w zarządzaniu jakością jest duża liczba interesariuszy, należąc do nich mogą: władze państwowe, władze regionalne, pracodawcy, obywatele, władze uczelni i jej pracownicy i oczywiście studenci [19, 20].

W sektorze usług edukacyjnych nie chodzi o spełnienie wymagań tylko jednej osoby, ale o doskonalenie procesu kształcenia dla dobra jednostki i społeczności [21].

Potwierdzeniem tego może być opinia przytoczona przez Krajewską [22], a należąca do Burgera i Tannocka, którzy uważali, że: „jakość kształcenia to powodzenie uzyskiwane w środowisku edukacyjnym umożliwiające studentom osiągnięcie wartościowych celów kształcenia zawierających standardy akademickie”.

Opinia ta podkreśla nie tylko istotę postawionych sobie przez uczelnie celów i konieczność realizacji standardów, ale przede wszystkim istotną rolę studenta, dla którego proces kształcenia i jego sposób realizacji ma największe

znaczenie. To student ulega największym zmianom w wyniku kształcenia, dlatego też może on podjąć się oceny procesu kształcenia w trakcie zachodzenia zmian w jego osobie, ale również po ukończeniu procesu z punktu widzenia absolwenta, pracownika [30].

Badanie opinii studentów jest elementem ewaluacji wewnętrznej. Ten rodzaj ewaluacji w jednostkach szkolnictwa wyższego jest bardzo rozbudowany, ale w odróżnieniu od innych zwraca uwagę na to, jak bardzo pożądana jest aktywność uczestników procesu, którymi w tym przypadku są zarówno nauczyciele akademicki, ale i sami studenci [24].

To spojrzenie pozwala na stworzenie bardziej pełnego i obiektywnego obrazu sytuacji dydaktycznej, również zakłada, że ewaluacja procesu kształcenia zapewnia stronom tego procesu „poprzez swoje partnerskie i odpowiedzialne relacje poznanie się nawzajem, rozpoznając swoje zalety i niedoskonałości”. Ewaluacja, która dokonywana jest w takich zależnościach pozwala na: „doskonalenie wzajemnych relacji, wartościowanie skuteczności własnej pracy, doskonalenie planowania i przebiegu procesu kształcenia” [25].

Opisując tego rodzaju ocenę nie można zapomnieć o elemencie uczciwości i rzetelności w wyrażanych opiniach tak, aby „nie zranić” żadnej ze stron, a zwłaszcza nauczyciela, który w swojej ocenie jest osamotniony [26].

Material i metoda

Ankietyzacji podlegali studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo. Badaniami zostali objęci studenci studiów stacjonarnych na 1 i 2 roku studiów I stopnia oraz, 1 roku studiów drugiego stopnia. Pomiar prowadzone były przez dwa lata.

W roku 2008/2009 czas trwania ankietyzacji został określony precyzyjnie i trwał od dnia 30 III 2009 r. do dnia 30 VI 2009 r. W roku akademickim 2009/2010 czas w jakim ankiety były aktywne zawierał się od 11 I 2010 r. do 30 VI 2010 r.

Metodą zastosowaną w badaniach był sondaż diagnostyczny realizowany za pomocą narzędzia, jakim był kwestionariusz ankiety w formie elektronicznej. Zbieranie opinii studentów dotyczyło zadowolenia z realizacji poszczególnych przedmiotów dydaktycznych, w tym oceny dotyczącej efektywnego nauczania czynności klinicznych.

Wszystkie pytania oceniane były w skali od 1–7, gdzie 1 oznaczało najniższą ocenę, natomiast cyfra 7 oznaczała ocenę najwyższą.

Uzyskane w wyniku ankietyzacji wyniki przekazywane były do Katedry i Zakładu Informatyki i Statystyki, gdzie zostały opracowane pod względem statystycznym programem CSS STATISTICA wersja 8.

Przy pomocy programu obliczone zostały średnie poszczególnych przedmiotów wraz z odchyleniem standardowym. Określona została również mediana na podstawie wartości minimalnych i maksymalnych.

Wyniki

Dynamika wypełniania ankiet wśród studentów zmieniała się w poszczególnych latach badań. W roku 2008/2009 największą liczbę wypełnionych przez studentów ankiet uzyskano na kierunku położnictwo – 1881, co dało 29,9% zwrotu kwestionariuszy ankiet w odniesieniu do liczby studentów objętych badaniami na tym kierunku. Natomiast na kierunku pielęgniarstwo uzyskano tylko 7,5% (czyli 676) zwrotu wypełnionych kwestionariuszy ankiet.

W następnym roku położnictwo nadal znajdowało się w czołówce, ale na tym kierunku pozyskano do badań tylko 21,8% wypełnionych ankiet. Natomiast pielęgniarstwo zanotowało poważny wzrost – 1611 osób, czyli 16% studentów tego kierunku z wszystkich upoważnionych do wzięcia udziału w badaniach wypełniło ankietę. Relacje te przedstawia tabela 1.

W przypadku poszczególnych przedmiotów wyraźnie widać zainteresowanie studentów niektórymi z nich. Do najchętniej ocenionego przedmiotu na kierunku położnictwo w roku akademickim 2008/2009 należała anatomia – forma – ćwiczenia niekliniczne.

Do przedmiotów najchętniej ocenianych na kierunku pielęgniarstwo należała biochemia – ćwiczenia niekliniczne, przedmiot ten oceniło 37 osób, czyli 54% osób uprawnionych do oceny tego przedmiotu.

W następnym roku akademickim, czyli 2009/2010 nadal wśród najchętniej ocenianych przedmiotów na kie-

runku położnictwo znajdowała się anatomia – forma – ćwiczenia niekliniczne, ankietę wypełniło 50 osób, które stanowiły 61,7% respondentów uprawnionych do oceny tego przedmiotu.

Również na pielęgniarstwie w drugim roku badań anatomia była najchętniej ocenianym przedmiotem – 56 wypełnionych ankiet, czyli 64,3% uprawnionych do oceny tego przedmiotu wypełniło kwestionariusz.

Jeżeli chodzi o liczbę przedmiotów, które uzyskały powyżej 30% odpowiedzi od osób uprawnionych do oceny tych przedmiotów – najwięcej, tj. 52 przedmiotów zostało ocenionych w roku akademickim 2008/2009 na kierunku położnictwo. W roku kolejnym liczba ta radykalnie spadła do 6. Liczby przedmiotów, które w kolejnych latach uzyskały ponad 30% zwrotnych ocen przedstawia tabela 2.

Każda z badanych form kształcenia (wykład, semina-ria i ćwiczenia kliniczne oraz seminaria i ćwiczenia niekliniczne) posiadała swój własny zestaw pytań. Wśród pytań dotyczących formy ćwiczeń i seminariów klinicznych znajdowało się takie, które dotyczyło efektywnego nauczania czynności klinicznych. Z racji tego, że dla studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu umiejętności kliniczne są jednymi z najważniejszych w kontekście kierunku studiów medycznych poddano ocenie ćwiczenie tych umiejętności w ramach określonych przedmiotów. Z otrzymanych wyników widać, że cecha ta została oszacowana w roku 2008/2009 na poziomie 5,0, co sugeruje, że została oceniona przez studentów dobrze.

Tabela 1. Wypełnienie ankiety elektronicznej na poszczególnych kierunkach
Table 1. Complete the questionnaire electronically on the field

KIERUNEK	2008/2009			2009/2010		
	Liczba wysłanych ankiet	Liczba uzyskanych odpowiedzi	Liczba uzyskanych odpowiedzi w %	Liczba wysłanych ankiet	Liczba uzyskanych odpowiedzi	Liczba uzyskanych odpowiedzi w %
Położnictwo	6282	1881	29,9	6570	1431	21,8
Pielęgniarstwo	8963	676	7,5	10122	1611	16

Tabela 2. Liczba przedmiotów, które uzyskały powyżej 30% odpowiedzi na poszczególnych kierunkach w dwóch kolejnych latach
Table 2. Number of objects that received more than 30% of the responses on the field in two successive years

KIERUNEK	2008/2009	2009/2010
	Liczba przedmiotów, które uzyskały powyżej 30% odpowiedzi	Liczba przedmiotów, które uzyskały powyżej 30% odpowiedzi
Położnictwo	52	21
Pielęgniarstwo	6	15

Tabela 3. Wartości dotyczące pytania o efektywne nauczanie czynności klinicznych w zależności od roku akademickiego
Table 3. The values for questions about effective clinical teaching activities depending on the academic year

	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Rok akademicki 2008/2009	5,0	1,00	7,00	1,87
Rok akademicki 2009/2010	5,49	1,00	7,00	2,03

W następnym roku ta sama cecha została oceniona jeszcze wyżej i osiągnęła średnią wartość na poziomie 5,49. Wartości te zostały przedstawione w tabeli 3.

Istotna dla bardziej obiektywnej oceny wydaje się konieczność analizy poszczególnych pytań, gdyż nisko oceniona jedna cecha może w sposób zasadniczy obniżyć ocenę całościową.

Dyskusja

Słowo „uniwersytet” wywodzi się od łacińskiego słowa „universitas”, które oznacza całość, ogół, powszechność, wspólność, a rozwijając dalej tę definicję – „universitas magistrorum et scholarium” to ogół nauczycieli i uczniów. Geneza uniwersytetu jako jednostki, która od wieków była wzorem wysokiego poziomu nauczania zwraca uwagę na fakt, iż podwaliną tego konceptu nie jest tylko wysoko wyspecjalizowane grono pedagogiczne, „grono mistrzów”, ale również grono studentów jako nierozdzielny element całości [27, 28].

Dla wielu jednostek sprawą priorytetową stało się zapoznanie się z opinią studentów jako równoprawnych partnerów procesu nauczania. Nadal jednak trwają spory dotyczące tego, czy oceniany jest tylko proces kształcenia i jego poszczególne elementy, czy ocena dotyczy wyłącznie osoby prowadzącej zajęcia. W swojej pracy Marsh i Roche [29] doszli do wniosku, że instrumenty wykorzystywane w ocenie chociażby efektywności nauczania powinny mierzyć oddzielnie poszczególne komponenty, na przykład interakcje nauczyciela z uczniami, organizację, zaangażowanie itd., ponieważ tylko wielopłaszczyznowe spojrzenie na proces ewaluacji, pozwoli na przedstawienie sytuacji w sposób realistyczny, a nie subiektywny.

Krytyce bardzo często podlega element dotyczący obiektywizmu w badaniach. Uważa się bowiem, iż zwłaszcza studenci jako grupa są nieobiektywni, ponieważ swoją ocenę mogą uzależniać od stopni uzyskanych w wyniku zaliczeń bądź też egzaminów. Problem ten badał w swojej pracy Centra [30], który dzięki uzyskanym wynikom doszedł do wniosku, iż w większości przypadków oceny z egzaminów nie wpływają na ocenę nauczyciela.

W swojej pracy ten sam problem, lecz w innym aspekcie rozpatrywał Eisler [31], który badał czy wykorzystywanie ocen studentów w procesie oceny efektywnego nauczania było czynnikiem, który w sposób znaczący przyczynił się do trendu inflacji stopni z poszczególnych przedmiotów. Z analizy badań, które przeprowadził Eisler w latach 1980 i 1999 dla 983491 ocen studentów z ponad 37000 kursów. Z uzyskanych badań wynikało, że otrzymywanie wyższych ocen jest niezależnie od wzrostu poziomu wykształcenia akademickiego, dlatego sugeruje on, aby nie przeceniać ocen przyznawanych przez studentów, zwłaszcza w polityce kadrowej uczelni [31].

Inny naukowiec Shevlin [32] wraz z zespołem badał, czy w końcowej ocenie zajęć ma znaczenie fakt posiadania przez nauczyciela nie tylko wiedzy, umiejętności, ale i charyzmy.

Z badań, które zostały przeprowadzone na grupie 213 studentów na Brytyjskim Uniwersytecie w Midlans wynikało, że w dużej mierze efektywność nauczania oceniana jest na podstawie indywidualnego postrzegania charyzmy nauczyciela [32].

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu kształcą się między innymi: pielęgniarce, położne, ratownicy medyczni, a zatem osoby, które w życiu zawodowym będą musiały wykazać się nie tylko wiedzą, ale również określonymi umiejętnościami klinicznymi. Ponieważ kształcenie to jest specyficzne, wprowadzono ocenę trzech różnych form zajęć: wykładów, ćwiczeń/seminariów nieklinicznych i ćwiczeń/seminariów klinicznych.

Podobnie został skonstruowany kwestionariusz przez Gaspar [33], która w związku ze specyfiką prowadzenia badań na uczelni medycznej również podzieliła kwestionariusze w zależności od formy zajęć, na wykłady i ćwiczenia/seminaria kliniczne.

Swoistość charakteru studiów medycznych została podkreślona również poprzez użycie w ankiecie pytania dotyczącego – efektywnego nauczania czynności klinicznych. Z odpowiedzi otrzymanych w ankiecie można wywnioskować, że kwestia ta została oceniona na poziomie dobrym, o czym świadczą uzyskane wartości w poszczególnych latach. W roku 2008/2009 cecha osiągnęła wartość 5,0 w roku kolejnym 5,49. W ocenie tej cechy wyraźnie widać tendencję wzrostową, co dodatkowo może być powodem do satysfakcji.

W badaniach, prowadzonych na Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej wśród absolwentek pielęgniarstwa, 101 na 142 (71%) wskazało na wiedzę kliniczną jako najbardziej przydatną w pracy zawodowej [34].

Na kierunku pielęgniarstwo, ale Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, wśród wielu punktów w ankiecie dotyczącej satysfakcji studentów ze studiów znalazł się również ten dotyczący umiejętności praktycznych. W ogólnej ocenie otrzymał on status bardzo ważnego, a studenci zagadnienie to ocenili na ogólnym poziomie zadowalającym [35].

W badaniach prowadzonych na tym samym uniwersytecie, kiedy rozbito poszczególne elementy zajęć praktycznych, ich średnie różniły się jednak między sobą. Najlepiej ocenione zostało – komunikowanie się z pacjentem, średnia wyniosła 4,24 w 5-stopniowej skali. Natomiast najgorzej – wykonywanie czynności higieniczno–pielęgnacyjnych u pacjentów tylko 3,0 [36].

Z badań, jakie były prowadzone wśród absolwentów Wyższej Szkoły Społeczno-Ekonomicznej w Warszawie tylko 11,9% uznało swoje przygotowanie praktyczne do zawodu za wystarczające, natomiast w ocenie wiedzy teoretycznej, czynnik zadowolenia był już na poziomie 30,6% [37].

Analizy dotyczące oceny jakości kształcenia na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu prowadzone były już wcześniej przy wykorzystaniu innej formy narzędzia. W tamtych badaniach przedmiot anatomia w formie wykładu również podlegał ocenie. Pytanie dotyczące zapoznania z celami kształcenia zostało przez 80% respondentów ocenione na poziomie 5 pkt., co w 7-stopniowej skali stanowiło ogólny wynik dobry [38].

W badaniach prowadzonych za pomocą elektronicznej ankiety podobne pytanie zostało ocenione na poziomie 5,78 – średnia arytmetyczna w roku akademickim 2008/2009, a w roku następnym wzrosła, aż do 6,21. Otrzymane wyniki dotyczyły jednak kierunku położnictwa, gdyż na kierunku pielęgniarstwo nie udało się uzyskać wystarczających danych.

W całym procesie oceny bardzo ważne jest, aby nie zapomnieć w jakim celu on się odbywa. Priorytetem powinna być możliwość wyciągnięcia wniosków, dzięki którym będzie można wprowadzić konstruktywne zmiany.

Często pojawia się pytanie dotyczące słuszności ewaluacji, a w szczególności roli studentów w tym procesie. Z badań jakie były prowadzone przez The Gallup Organization (Flash Eurobarometer 260) ewidentnie wynika, że aż 81% ankietowanych uważa, że studenci powinni brać udział w raportach oraz rankingach dotyczących oceny szkół wyższych. Z tych samych badań można wywnioskować, że między innymi 54% studentów w Rumuni, 50% w Wielkiej Brytanii deklaruje, że rankingi przedstawiane przez uczelnie pomogły im podjąć decyzję dotyczącą wyboru uczelni. Jak pokazały badania to właśnie dla studentów medycyny największe znaczenie miały jakość i reputacja uczelni, w tym przypadku 41% ankietowanych udzieliło twierdzącej odpowiedzi w stosunku do 35% na kierunkach humanistycznych [39].

Ocenianie innych jest cechą niezwykle ludzką, więc nie budzi zdziwienia fakt, że ocena wewnętrzna w szkolnictwie wyższym stała się jego sednem i stanowi składnik dokonywania postępu w wiedzy naukowej oraz określenia renomy akademickiej.

PIŚMIENNICTWO

- Anderson H.M., Cain J., Bird E., Online Student Course Evaluations: Review of Literature and a Pilot Study, *Am. J. Pharmaceut. Educ.*, 2005, 69(1), 34-43.
- Przybylski W., Rudnicki S., Szwed A., Ewaluacja jakości dydaktyki w szkolnictwie wyższym. Metody, narzędzia, dobre praktyki, Wyższa Szkoła Europejska, Kraków 2010.
- Badanie jakości kształcenia na Uniwersytecie im. A. Mickiewicza 2009/2010 – Raport.
- Izdebski A., Jasiński M., Zajac T., Ogólnouniwersytecka ankieta oceniająca jakość kształcenia – edycja druga – Raport, Warszawa 2009.
- Walas L., Fidecki W., Adamska-Kuźmicka I. i wsp., Wybrane elementy kształcenia praktycznego w opinii studentów pielęgniarstwa, *Prob. Piel.*, 2008, 16, 3, 280-284.
- Andrałojć M., Opinia studentów o zajęciach prowadzonych w uczelni, Konferencja dydaktyczna Jakość kształcenia w Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu 21.05.2010 [dostęp: 25 V 2011] http://www.ue.poznan.pl/att/STUDIA/opinie_2010.pdf.
- Ankiety, czyli razem zmieniamy Uniwersytet na lepsze – część pierwsza : Ankiety ogólnouniwersyteckie [dostęp: 23 II 2011] <http://usosownia.uw.edu.pl/node/685>
- Ankiety, czyli razem zmieniamy Uniwersytet na lepsze – część pierwsza : Ankiety lokalne, [dostęp: 23 II 2011] <http://usosownia.uw.edu.pl/node/704>.
- Ankiety, czyli razem zmieniamy Uniwersytet na lepsze – część pierwsza : Ankiety papierowe, ankiety elektroniczne [dostęp: 23 II 2011] <http://usosownia.uw.edu.pl/node/719>.
- Głowacka M.D., Talarska D., Ocena jakości kształcenia na Wydziale Nauk o Zdrowiu. [Annales Academiae Medicae Lodzensis 2003 Vol. 44 nr 2](#), 185-187.
- Banaś M., Ocena zajęć dydaktycznych w AGH z użyciem technik WWW. *Biuletyn Informacyjny Pracowników Akademii Górniczo-Hutniczej*. 130/131, 2004, 5.
- Carini R. M., Hayek J. C., Kuh G. D. I wsp., College Student Responses to Web and paper surveys: Does Mode Matter? *Res. Higher Educ.*, 2003, 44, 1, 1-18.
- Centra J. A., Will teachers receive higher student evaluations by giving higher grades and less course work? *Research in Higher Education*, vol. 44, 5, October 2003, 495-518.
- Eisler Ch., College students' evaluations of teaching and grade inflation, *Res. Higher Educ.*, 2002, 43, 4, 483-501.
- Bothell T. W., Henderson T., Do Online Ratings of Instruction Make Sense?, *New Directions for Teaching and Learning*, 96, Winter 2003, 69-79.
- Katiliute E., Neverauskas B., Development of quality culture In the universities, *Economics & Management*, 14, 2009, 1069-1076.
- Krajewska A., Jakość kształcenia uniwersyteckiego – ujęcie pedagogiczne, *Trans Humana*, Białystok 2004.
- Domachowska M., Rozwój edukacji standardy i wskazówki, *Gazeta Uniwersytecka, kwiecień 2009*, 10-11.
- Encyklopedia pedagogiczna, Wydawnictwo „Żak”, Warszawa 2003, 135-139, 919-929, 1091-1095.
- Anderson K. J. PhD, Internet Use Among College Students: An Exploratory Study. *J. Am. Coll. Health*, 50, 1, 21-26.
- Nierzwicki W., Rudzik A., Pomiar jakości usług edukacyjnych metodą SERVQUAL, *Edukacja Ustawiczna Dorosłych*, 2003, 2, 72-77.
- Centra J. A., Will teachers receive higher student evaluations by giving higher grades and less course work? *Res. Higher Educ.*, 2003, 44, 5, 495-518.
- Buchta K., Quality of education from the prospective of a student of university of physical education, *Pol. J. Sport Tourism*, 2009, 16, 39-48.
- Hmieleski K., Champagne M. V., Plugging in to Course Evaluation, *The Technology Source Archives at the University of North Carolina*, 2000, September/October.
- Ciechaniewicz W. (red.) *Pedagogika w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008, 67.
- Brzezińska A., Brzeziński J., Ewaluacja procesu kształcenia, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000

27. Pieńkos J., Słownik Łacińsko-Polski, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Warszawa 1993, 388-389.
28. Rawicz J., Bydlińska-Czernuszczyk Z., Maziarska E. i wsp., Encyklopedia Gazety Wyborczej – tom 19, PWN, Agora, Kraków, 236-237.
29. Marsh, H.W., Roche, L.A., Making students' evaluations of teaching effectiveness effective: The critical issues of validity, bias, and utility: *American Psychologist*, 1997, 52(11), 1187-1197.
30. Dahlgaard J.J., Kristensen K., Kanji G.K., Podstawy zarządzania jakością, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 22-34.
31. Bzowska-Bakalarz M., Pieczykolan E., Jakość kształcenia w ocenie absolwentów wydziału techniki rolniczej, *Inżynieria Rolnicza* nr 6/2005, 65-74.
32. Shevlin M., Banyard P., Davies M., Griffiths M., The Validity of Student Evaluation of Teaching in Higher Education: love me, love my lectures? *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 2000, 25, 4, 397-405.
33. Gaspar M.F., Pinto A.M., da Conceicao H.C.F i wsp., Research note, A questionnaire for listening to students' voices In the assessment of teaching quality In a classical medical school, *Assessment & Evaluation In Higher Education*, Vol.33, no. 4, August 2008,445-453.
34. Kolonko J., Grzywna T., Sternal D., Babiarczyk B., Licencjackie studia pomostowe dla pielęgniarek w opinii studentów WNOZ ATH w Bielsku – Białej. *Prob. Piel.*, 2008, 16, 1,2, 88-91.
35. Sadurska A., Wrońska I., Walas L. i wsp., Satysfakcja studentów ze studiów na kierunku pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, *Problemy pielęgniarstwa*, tom. 16, zeszyt nr 1,2, 2008, 72-80.
36. Badanie jakości kształcenia na Uniwersytecie im. A. Mickiewicza 2009/2010 – Raport.
37. Jeruszka U., Metody badania jakości kształcenia w szkołach wyższych. *Polityka społeczna*, 2006, 8, 14-21.
38. Denek K., O lepszą jakość procesu kształcenia, (w:) *Nie ma alternatywy dla dydaktyki*, red. L. Pawelski, Szczecin 2010, 13-18.
39. *Students and Higher Education Reform, Social Target Survey*, 2009.

Adres do korespondencji:

Anna Maria Stanek
Katedra i Zakład Edukacji Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
ul. Dąbrowskiego 79
Tel.: 618546900

MOBBING JAKO FORMA PATOLOGII W ORGANIZACJI – PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY ZJAWISKA

MOBBING AS A FORM OF PATHOLOGY IN THE ORGANISATION – PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF THE PHENOMENON

PIOTR STAWNY, EWA JAKUBEK, MONIKA MATECKA

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Przemoc w środowisku pracy jest jednym z negatywnych zjawisk, z jakimi konfrontuje się jednostka aktywna zawodowo. W niniejszym artykule podjęto próbę przybliżenia różnych sposobów rozumienia i definiowania pojęcia „mobbing”, omówiono jego przyczyny i przejawy oraz zwrócono uwagę na zdrowotne, psychologiczne i społeczne konsekwencje tego zjawiska. Warto podkreślić, że wiedza na temat tej formy patologii jest istotnym elementem w procesie radzenia sobie i utrzymania dobrostanu biopsychospołecznego człowieka narażonego na szkodliwe oddziaływania związane z realizowaniem się w roli zawodowej.

Słowa kluczowe: mobbing, zdrowie, aktywność zawodowa, organizacja

Summary

Violence in the working environment is one of the negative phenomena which a professionally active individual has to confront. In the present article it has been attempted to introduce different ways of understanding and defining the term “mobbing”. Furthermore, the paper describes its causes and manifestations, and pays attention to health, psychological and social consequences of this phenomenon. It should be underlined that the knowledge of this form of pathology is a vital element in the process of coping and maintaining biopsychosocial well-being of a person exposed to harmful influences related to fulfilling oneself in the professional role.

Key words: mobbing, health, professional activity, organisation

Wprowadzenie

Kreowanie i utrzymywanie atmosfery współpracy i wzajemnego szacunku między pracownikami na wszystkich szczeblach organizacji to nie tylko powszechny dziś sposób zarządzania, ale także niezbędny warunek rozwoju i przetrwania organizacji w konkurencyjnym otoczeniu. Wiele organizacji uwzględnia w swej polityce wartość, jaką stanowi dobro pracownika, jednak istnieją i takie instytucje (również te duże), w których zatrudnione osoby konfrontują się z różnego rodzaju negatywnymi zjawiskami, m.in. z przemocą w miejscu pracy, czyli mobbingiem. Na obecność, i jednocześnie wzrost znaczenia w środowisku pracy, takich zagrożeń psychospołecznych, jak stres (szczególnie długotrwały) czy przemoc, wskazują m.in. raporty Europejskiej Agencji do Spraw Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy czy Europejskiej Fundacji do Sprawy Poprawy Warunków Pracy i Życia [1].

Informacje prezentowane w środkach masowego przekazu, dyskusje odbywające się na różnych forach, konferencje i szkolenia na temat konfliktów i komunikacji w miejscu pracy, w powiązaniu ze wzrastającą znajomością praw pracowniczych oraz obowiązków pracodawcy sprawiają, że świadomość istnienia mobbingu jest w społeczeństwie coraz większa. Zjawisko to przestaje

być tematem tabu, stając się coraz częściej przedmiotem badań podejmowanych przez przedstawicieli różnych dziedzin nauki.

Problemem, który istnieje we wszystkich instytucjach, także w podmiotach leczniczych, jest niewątpliwie nepotyzm, utrudniający zarówno pracownikom, jak i organizacji – dążenie do rozwoju i osiągnięcia sukcesu oraz stanowiący w wielu przypadkach podłoże do powstawania mobbingu. Występowanie zjawiska mobbingu ma także związek z sytuacją gospodarczą kraju, trudnościami w znalezieniu i utrzymaniu zatrudnienia oraz bezrobociem, w obliczu których to zagrożeń jednostka toleruje niekiedy zachowania naruszające jej integralność psychiczną.

Mobbing – próba przybliżenia zjawiska

Dokładny opis mobbingu znajduje się w raporcie z badań przeprowadzonych przez H. Leymanna i A. Gustafssona w latach 1982–1983 XX wieku w Szwecji, opublikowanym w roku 1984 przez The National Board of Occupational Safety and Health [1]. Pojęcia „mobbing” użył Leymann w odniesieniu do szczególnego rodzaju relacji interpersonalnych w środowisku pracy, charakteryzujących się wrogością i nękaniami jednostki

przez jej współpracowników lub przełożonych [1]. Badając zjawisko mobbingu w Szwecji stwierdził, że 15% samobójstw jest wynikiem nękania w pracy [2]. Doniesienia te zapoczątkowały podjęcie intensywnych badań nad mobbingiem w takich krajach, jak np. Francja, Japonia, Włochy, Norwegia, Irlandia, Austria oraz Węgry. Warto dodać, że w Szwecji powstała nawet klinika rehabilitacyjna dla osób, które były narażone na mobbing, co świadczy o dostrzeganiu wagi tego problemu przez odpowiednie instytucje w tym kraju [2].

W literaturze przedmiotu nie istnieje jedna, powszechnie przyjęta, definicja mobbingu. Różni autorzy zajmujący się tym problemem, choć postrzegają to zjawisko podobnie, koncentrują się jednocześnie na nieco innych jego aspektach. W związku z tym wyróżnić można definicje osadzające mobbing w perspektywie psychologicznej, definicje akcentujące socjologiczny charakter tego zjawiska, jak również definicje, które ujmują mobbing w kontekście psychospołecznych zagrożeń występujących w środowisku pracy [3].

Według H. Leymanna, mobbing to terror psychiczny w miejscu pracy; jego istotą jest wrogie nastawienie i nieprofesjonalne komunikowanie się w codziennych kontaktach (pracownik – pracownik, przełożony – pracownik), widoczne w zachowaniu jednej bądź kilku osób w stosunku do innej, występujące przynajmniej raz w tygodniu i trwające przez dłuższy czas (minimum pół roku), co w konsekwencji pozbawia ofiarę możliwości obrony [4]. D. Zapf natomiast określa mobbing jako ekstremalnie stresującą sytuację, która stanowi konsekwencję działań inicjowanych raczej przez grupę osób niż jednostkę w stosunku do innej osoby w środowisku pracy [5]. Mobbing postrzega autor jako zjawisko o charakterze społecznym, które prowadzi do powstania konfliktu oraz – związanego z jego nasilaniem się – zaburzenia równowagi sił w relacji ofiara–agresor [6]. Z kolei Międzynarodowa Organizacja Pracy definiuje mobbing jako mściwe, okrutne, drwiące lub upokarzające zachowania, których celem jest zaszkodzenie jednostce lub grupie pracowników będących obiektem psychicznego dręczenia, wyrażające się w uporczywym wypowiedaniu negatywnych uwag, krytykowaniu, izolowaniu ofiary od kontaktów społecznych, plotkowaniu lub rozprzestrzeleniu fałszywych, deprecjonujących informacji na jej temat [7].

W literaturze polskiej pojęcie „mobbing w miejscu pracy lub w związku z pracą” definiuje się m.in. jako wrogie, nieetyczne, systematycznie powtarzające się zachowanie uruchamiane wobec jednej lub kilku osób, które jest źródłem silnego stresu i prowadzi w konsekwencji do pojawienia się zmian w obszarze zdrowia psychicznego, somatycznego i społecznego.

Działania podejmowane wobec ofiary cechuje duża częstotliwość występowania i utrzymywanie się przez dłuższy czas [8]. Na takie cechy, jak: nieetyczność, wrogość, długotrwałość i powtarzalność działań skierowanych wobec jednej lub kilku osób wskazują także A. Bechowska-Gebhart i T. Stalewski, którzy wyróżniają ponadto inne

jeszcze aspekty tych działań, a mianowicie ich bezzasadność (bezpodstawność) oraz irracjonalność z punktu widzenia celów organizacji. W przekonaniu autorów, mobbing to zjawisko odczuwane subiektywnie, którego występowanie można jednocześnie stwierdzić intersubiektywnie; proces złożony z wielu faz, obejmujący zróżnicowane pod względem stopnia nasilenia, metody manipulacji, niosący ze sobą wiele konsekwencji (psychicznych, społecznych, ekonomicznych) i wywołujący choroby somatyczne oraz psychiczne [9].

Niezależnie od różnic w definiowaniu mobbingu, wśród badaczy istnieje zgoda, że zjawisko to należy postrzegać jako usystematyzowaną formę celowego dręczenia psychicznego, którego istotą jest prezentowanie wrogich i nieetycznych zachowań wobec pracownika bądź grupy pracowników, co powoduje u ofiary/ofiar problemy w funkcjonowaniu osobistym i zawodowym [3].

Definicje mobbingu można znaleźć także w polskim prawodawstwie. Kodeks Pracy (art. 94 § 2) definiuje mobbing jako „działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękananiu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników” [10].

W literaturze przedmiotu wskazuje się konkretne działania, których konsekwencją jest pogorszenie dobrostanu psychospołecznego i funkcjonowania jednostki w sferze zawodowej; należą do nich:

- zachowania obniżające pozycję zawodową (m.in. ignorowanie, ośmieszanie, zarzuty dotyczące braku efektów w pracy)
- fizyczne i społeczne izolowanie ofiary w miejscu pracy
- celowe przeciążanie pracą (zbyt krótkie terminy realizacji zadań, zlecanie dodatkowych prac)
- naruszanie poczucia stabilizacji zawodowej (zlecanie niepotrzebnych zadań, nieustanne upominanie) [11].

Specyficzne oddziaływania, które określa się mianem mobbingu ukierunkowane są na zdyskredytowanie ofiary. I tak np., dyskredytacja poznawcza polega na przekazywaniu informacji o niewielkich możliwościach intelektualnych ofiary; dyskredytacja moralna dąży do ukazania ofiary jako osoby postępującej niezgodnie z przyjętymi normami; dyskredytacja psychologiczna ukierunkowana jest na zbudowanie przekonania, że ofiara to osoba niezrównoważona, dziwaczna, w istotny sposób odmienna od innych ludzi, co skutkuje postawą nieufności i podejrzliwości otoczenia; dyskredytacja biograficzna dąży do odkrycia czynów, zachowań (nieprawdziwych lub wyolbrzymionych), które stawiają ofiarę w bardzo niekorzystnym świetle; dyskredytacja estetyczna odnosi się do wyglądu fizycznego i powiązanych z nim negatywnych cech, właściwości ofiary; dyskredytacja społeczna odwołuje się do stereotypów klasowych,

Tabela 1. Formy szkodliwych oddziaływań na funkcjonowanie jednostki w środowisku pracy
 Table 1. The forms of harmful influences on the individual's functioning in the working environment

Kategoria oddziaływań	Przykłady konkretnych zachowań
Oddziaływania zaburzające proces komunikowania się w relacji ofiara-agresor	<ul style="list-style-type: none"> • ograniczanie/utrudnianie ofierze możliwości wypowiedzenia się w relacji z przełożonym i/lub współpracownikami • brak komunikowania wprost, formułowanie wypowiedzi o charakterze aluzji • reagowanie krzykiem, wyzwiskami • krytyczne komunikaty dotyczące funkcjonowania zawodowego i życia osobistego ofiary • groźby, pogrożki ustne i pisemne • nękanie telefoniczne • poniżające, obraźliwe gesty; specyficzne zachowania wzrokowe (np. brak kontaktu wzrokowego z ofiarą)
Oddziaływania zaburzające stosunki danej osoby z otoczeniem społecznym	<ul style="list-style-type: none"> • unikanie i zakazywanie przez przełożonego kontaktu z ofiarą • fizyczne izolowanie ofiary w miejscu pracy; odseparowanie od reszty zespołu • uporczywe ignorowanie obecności ofiary
Oddziaływania zaburzające społeczny odbiór danej osoby	<ul style="list-style-type: none"> • rozsiewanie plotek • ośmieszanie • zarty dotyczące życia osobistego, • parodiowanie typowych wzorców reakcji i zachowań ofiary (sposobu mówienia, poruszania się, gestykulacji itp.) • wyśmiewanie niepełnosprawności • szydzenie i atakowanie ofiary w związku z jej poglądami politycznymi, przekonaniem religijnymi, narodowością • używanie wulgarnych lub upokarzających wyrażen w kontakcie z ofiarą • sugerowanie choroby psychicznej i konieczności przeprowadzenia badań psychiatrycznych • składanie propozycji seksualnych
Oddziaływania mające negatywny wpływ na pozycję zawodową danej osoby	<ul style="list-style-type: none"> • zlecanie prac naruszających godność osobistą ofiary • kwestionowanie decyzji podejmowanych przez ofiarę • manifestacyjne odbieranie ofierze prac zleconych wcześniej • nieprzydzielanie zadań w celu wykazania zbędności, nieprzydatności ofiary • wydawanie poleceń sprzecznych lub bezsensownych • przydzielanie zadań przewyższających kompetencje ofiary • zlecanie wciąż nowych zadań i wyznaczanie nierealistycznych terminów ich wykonania
Oddziaływania wpływające szkodliwie na zdrowie danej osoby	<ul style="list-style-type: none"> • zlecanie prac szkodliwych dla zdrowia, nieadekwatnych do możliwości fizycznych ofiary • formułowanie gróźb dotyczących użycia przemocy fizycznej • stosowanie przemocy fizycznej • podejmowanie działań o charakterze seksualnym • wyrządzanie szkód psychicznych w miejscu pracy lub zamieszkania danej osoby

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Bechowska-Gebhard, T. Stalewski, Mobbing. Patologia zarządzania personelem, Difin, Warszawa 2004, 22-23.

Source: own elaboration based on: A. Bechowska-Gebhard, T. Stalewski, Mobbing. Patologia zarządzania personelem, Difin, Warszawa 2004, 22-23.

społecznych czy rasowych, dyskredytacja towarzyska uznaje za niewłaściwe pewne środowiska, z którymi ofiara utrzymuje kontakty; dyskredytacja prawnicza ma na celu ujawnienie podejrzanych bądź przestępczych zachowań ofiary; dyskredytacja światopoglądowa koncentruje się na kwestiach wyznania i praktyk religijnych, natomiast dyskredytacja polityczna wiąże się z przynależnością ofiary do określonej partii politycznej [12].

H. Leymann zaklasyfikował poszczególne działania o charakterze mobbingu do pięciu kategorii. Ogólne kategorie i przykłady zachowań prezentuje tabela 1.

Analizując przytoczone w tabeli treści, należy jednocześnie zaakcentować fakt, że określenia „mobbing” nie należy używać w odniesieniu do zachowań, które mają charakter incydentalny, są pozbawione systematyczności, występują raz na pewien czas. Istnienie mobbingu stwierdza się dopiero wtedy, gdy spełnione są cztery poniżej wymienione warunki [13]:

- zachowania o charakterze dręczenia występują nie krócej niż sześć miesięcy
- zachowania cechuje powtarzalność – pojawiają się co najmniej raz w tygodniu
- zachodzi nierównowaga sił pomiędzy ofiarą a dręczycielem
- dręczenie pociąga za sobą konsekwencje zdrowotne dla ofiary (psychiczne i fizyczne).

Przyczyny mobbingu

Wśród różnych czynników determinujących występowanie mobbingu wskazać można m.in. kulturę organizacji. Kulturę organizacyjną ujmuje się najogólniej jako istniejące w danej organizacji określone wzorce myślenia, reagowania, działania, w mniejszym lub większym stopniu wspólne dla wszystkich zatrudnionych w organizacji osób. Patogeny charakter mają zarówno kultury słabe, w których więzi cechuje znaczne rozluźnienie, jak i kultury bardzo silne [14], które nadmiernie kontrolują pracownika, ograniczają jego wolność, wywierają presję i operują lękiem przed karą jako narzędziem kreowania pożądanych zachowań [15]. W organizacjach o silnej strukturze obserwuje się zjawisko konformizmu, którego istotą jest dostosowywanie własnego zachowania do zachowań obowiązujących w grupie. Szczególną rolę w kontekście mówienia o mobbingu odgrywa konformizm normatywny. Mówi się o nim wtedy, gdy jednostka zmienia swoje zachowanie pod wpływem presji grupy (przy czym aktowi zmiany często towarzyszy wewnętrzne przekonanie o niewłaściwości podejmowanych działań), a motywem jej zachowania jest chęć uniknięcia krytyki bądź odrzucenia przez współpracowników. Tak więc, jest rzeczą prawdopodobną, że w sytuacji obserwowania przemocy stosowanej wobec innego pracownika jednostka nie zareaguje sprzeciwem z obawy przed poniesieniem określonych kosztów psychologicznych (np. dezaprobaty przełożonego).

Istnienie mobbingu obserwuje się przede wszystkim w tych organizacjach, w których władza należy do nie-

wielkiej grupy osób; władza ta może mieć przy tym charakter formalny, jak i nieformalny, co stanowi nawet większe zagrożenie, gdyż w tym wypadku nie regulują jej żadne przepisy [12]. Występowanie mobbingu pozostaje także w związku z autokratycznym stylem zarządzania oraz – w nieco mniejszym stopniu – ze stosowaniem nieingerującego stylu kierowania [9]. Styl autokratyczny wiąże się z dążeniem do sprawowania pełnej władzy nad pracownikami, stosowaniem motywatora, jakim jest strach oraz wprowadzaniem różnorodnych sankcji jako instrumentu kształtowania pożądanych zachowań personelu. Styl nieingerujący manifestuje się z kolei postawą bierności kierownika, który unika podejmowania decyzji, pozostawia podwładnym nadmiernie duży zakres swobody, nie dostrzega lub ignoruje sytuacje trudne, w tym konflikty między pracownikami. Ponadto, czynnikiem torującym drogę nieprawidłowościom w procesie zarządzania ludźmi może być silnie zakorzenione we współczesnym społeczeństwie przekonanie o wartości i konieczności osiągania takich celów, jak sukces, awans, budowanie własnej kariery, co w wielu sytuacjach prowadzi do podejmowania przez jednostkę działań nieetycznych [16].

Próby znalezienia odpowiedzi na pytanie o przyczyny mobbingu koncentrują się między innymi na wskazaniu określonych cech osób skłonnych do stosowania przemocy w środowisku pracy. W tym kontekście akcentuje się takie indywidualne właściwości dręczyciela, jak np.: cechy narcystyczne (zawyżona samoocena, przecenianie własnych możliwości, kompetencji), cechy psychopatyczne (brak empatii, uczuciowości wyższej, poczucia winy), obsesja władzy oraz specyficzna struktura potrzeb – silna potrzeba uznania, podziwu i akceptacji [17] oraz dominacji i wywierania wpływu. Skłonność do stosowania mobbingu charakteryzuje także osoby o cechach paranoidalnych [18], których wzorzec funkcjonowania obejmuje brak zaufania, podejrzliwość oraz dopatrywanie się w zachowaniach i intencjach innych ludzi przejawów wrogości, pogardy, odrzucenia. W przypadku istnienia u osoby prześladowanej cech osobowości nieprawidłowej z silną komponentą lęku, mobbing pozwala wyeliminować z otoczenia takiego pracownika, który – z uwagi na swoje wysokie kompetencje i znaczne osiągnięcia – postrzegany jest jako źródło zagrożenia, konkurencji [12].

Podjmuje się również próby ustalenia, kto jest w największym stopniu narażony na działania o charakterze przemocy w środowisku pracy. W tym kontekście akcentuje się przede wszystkim taki czynnik, jakim jest szeroko pojmowana odmienność jednostki od jej otoczenia. Mobbingowi sprzyjać mogą zatem takie cechy, jak płeć (ofiarami będą wówczas kobiety wykonujące zawody, do których w powszechnym przekonaniu predysponowani są mężczyźni), kolor skóry, wiek, czy inne mniej uchwytnie różnice, rzadko występujące w danym środowisku zawodowym [19], jak również odmienna orientacja seksualna, pochodzenie, narodowość, wyznanie, poglądy polityczne, brak akceptacji zwyczajów panujących w organizacji, a nawet nietypowy sposób ubierania się [14]. Narażone na mobbing są również osoby twór-

cze, o wysokim poziomie wykształcenia i dużych kompetencjach, stale dążące do podnoszenia swoich kwalifikacji, zaangażowane w pracę, prawidłowo wykonujące obowiązki wpisane w rolę zawodową [9]. Jak wspomniano już wcześniej, pracownicy tacy postrzegani są bowiem przez przełożonego jako źródło zagrożenia. Ofiarami oddziaływań mobbingowych stają się często także pracownicy, których cechuje niska samoocena, silna potrzeba uznania, skłonność do przeżywania stanu frustracji oraz nadmiernie emocjonalne reakcje, jak również osoby z silnie rozbudowanym poczuciem sprawiedliwości, uwrażliwione na problemy etyczne, które często łamią znowę milczenia w danym środowisku zawodowym, piętnując i ujawniając różnorodne nadużycia, akty korupcji czy naruszanie prawa [19]. Warto dodać, że ofiary przemocy mogą należeć do różnych grup ryzyka jednocześnie, co dodatkowo komplikuje ich sytuację.

Konsekwencje mobbingu

Doświadczanie przemocy w miejscu pracy wpływa negatywnie na wszystkie sfery życia człowieka, nie tylko na funkcjonowanie zawodowe. Skutki przemocy można podzielić na takie, które występują bezpośrednio po doświadczeniu traumatycznym (konsekwencje krótkoterminowe) oraz takie, których efekty są oddalone w

czasie (konsekwencje długoterminowe) [20]. Najważniejsze następstwa mobbingu przedstawia tabela 2.

Warto zauważyć, że nadmiernie wysokie koszty psychologiczne, poniesione w związku z realizowaniem się w roli zawodowej, przyczyniają się do zmian w sferze duchowej oraz obszarze indywidualnego rozwoju jednostki. Dodać należy również, że w wyniku mobbingu pogorszeniu ulega sytuacja życiowa ofiary i jej rodziny. Nieuzasadniona utrata premii, wynagrodzenia, stanowiska lub dotychczasowego zatrudnienia, konieczność poszukiwania nowej pracy, jak również ponoszone koszty finansowe (związane z wniesieniem pozwu przeciwko pracodawcy oraz leczeniem chorób spowodowanych długotrwałym stresem w pracy) wpływają negatywnie na sytuację materialną pracownika [9]. Ofiara mobbingu doświadcza ponadto trudności w realizowaniu się w innych, pozazawodowych rolach – partnera życiowego czy rodzica, co powoduje dalsze niekorzystne zmiany w jej dobrostanie psychospołecznym i fizycznym. Długotrwałe doświadczanie przemocy w miejscu pracy prowadzi również do wystąpienia u ofiary zjawiska wyczonej bezradności, związanej z przekonaniem, że żadne wysiłki podejmowane przez nią w celu przeciwdziałania zachowaniom przemocowym nie przyniosą pożądanego skutku, jakim jest zmiana sytuacji. Zjawisku temu towarzyszy szereg negatywnych zmian w postaci zwątpienia, nasilającej się bierności, apatii, obniżenia samooceny

Tabela 2. Konsekwencje doświadczania przemocy w środowisku pracy – perspektywa pracownika

Table 2. The consequences of experiencing violence in the working environment – the employee's perspective

Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	Zmiany w obszarze zdrowia psychicznego i somatycznego	Zmiany w relacjach interpersonalnych	Zmiany w funkcjonowaniu zawodowym
<ul style="list-style-type: none"> – silne negatywne emocje (złość, irytacja, lęk) – apatia, przygnębienie, poczucie zniechęcenia, bezradności, rezygnacji – poczucie winy – obniżenie poczucia własnej wartości – niemożność zaspokojenia potrzeby samorealizacji – zaburzenia koncentracji uwagi – myśli i próby samobójcze 	<ul style="list-style-type: none"> – bóle głowy – choroba wrzodowa – wymioty – bezsenność – zaburzenia snu – wzrost napięcia mięśniowego – zaburzenia seksualne – uzależnienia – zaburzenia lękowe – zespół zaburzeń po stresie urazowym, – depresja reaktywna 	<ul style="list-style-type: none"> – konflikty – izolacja społeczna – niemożność zaspokojenia potrzeby afiliacji 	<ul style="list-style-type: none"> – silna chęć zmiany lub odejścia z pracy, – spadek produktywności – obniżenie efektywności pracy – rutyna w wykonywaniu zadań – brak zaufania do kadry kierowniczej związany z obniżeniem poczucia bezpieczeństwa – spadek zaangażowania w wykonywanie zadań – nieprzestrzeganie zasad etyki zawodowej – zespół wypalenia zawodowego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: C.A. Frolkey, Trauma in the workplace, "Personnel Journal", 1996, Suppl., 75, 11; L. Keashly, Interpersonal and systematic aspects of emotional abuse at work: the target perspective, "Violence and Victims", 2001, 16 (3); M.L. Lanza, Nurses as patient assault victims: An update, synthesis and recommendations, "Archives of Psychiatric Nursing", 1992, 6; H. Leymann, Mobbing and psychological terror at workplaces, "Violence and Victims", 1990, 5 (2), Summer; H. Leymann, The content and development of mobbing at work, "European Journal of Work and Organizational Psychology", 1996, 5 (2).

Source: own elaboration based on: C.A. Frolkey, Trauma in the workplace, "Personnel Journal", 1996, Suppl., 75, 11; L. Keashly, Interpersonal and systematic aspects of emotional abuse at work: the target perspective, "Violence and Victims", 2001, 16 (3); M.L. Lanza, Nurses as patient assault victims: An update, synthesis and recommendations, "Archives of Psychiatric Nursing", 1992, 6; H. Leymann, Mobbing and psychological terror at workplaces, "Violence and Victims", 1990, 5 (2), Summer; H. Leymann, The content and development of mobbing at work, "European Journal of Work and Organizational Psychology", 1996, 5 (2).

oraz utraty motywacji do działania, co prowadzić może do podjęcia decyzji o rezygnacji z pracy.

Nie sposób w tym miejscu pominąć także negatywnych następstw mobbingu dla funkcjonowania organizacji. Najważniejsze z nich to [9]:

- obniżenie wydajności pracownika – ofiary mobbingu
- obniżenie jakości pracy wynikające z osłabienia morale pracowników obserwujących działania lobbujące
- obniżenie wydajności i efektywności kadry zarządzającej, skoncentrowanej na działaniach lobbujących
- brak twórczych rozwiązań, planów, pomysłów i projektów ukierunkowanych na wzmocnienie pozycji i jej konkurencyjności na rynku
- koszty spowodowane wzmożoną absencją pracownika
- koszty związane z wypadkami, których przyczyną jest zdenerwowanie i dezorganizacja zachowania pracownika
- koszty procesów sądowych i odszkodowań dla pracowników, których zwolnienie uznane zostało za bezpodstawne
- koszty administracyjne związane ze zwalnianiem i zatrudnianiem pracowników
- koszty procedur rekrutacyjno-selekcyjnych oraz szkoleń dla nowych pracowników
- pogorszenie atmosfery w środowisku pracy, spadek zaufania do kadry zarządzającej
- niekorzystne zmiany w wizerunku organizacji.

Warto dodać, że w trudnej psychologicznie sytuacji znajdują się także ci pracownicy, którzy – jakkolwiek sami nie są ofiarami mobbingu, to jednocześnie obserwują tego rodzaju działania podejmowane wobec innych zatrudnionych osób. Bycie świadkiem zachowań o charakterze przemocy, szczególnie jeśli owa przemoc dotyczy osób, z którymi obserwator pozostaje w relacji zażyłości czy przyjaźni, wiąże się z doświadczaniem silnego stresu. Chęć zareagowania sprzeciwem w obliczu naruszenia integralności psychicznej, podmiotowości i godności innego człowieka pozostaje często w konflikcie z pragnieniem powstrzymania się od jakichkolwiek działań, co wynika z poczucia bezradności, niemocy i zagrożenia. Doświadczanie konfliktu wewnętrznego wpływa jednak negatywnie na funkcjonowanie jednostki we wszystkich sferach, utrudniając skuteczne i satysfakcjonujące odgrywanie roli zawodowej. Ponadto, w wyjaśnianiu biernej postawy współpracowników-swiadków mobbingu można odwołać się do mechanizmu dysonansu poznawczego. Otóż osoby, które nie podjęły żadnych działań mających na celu obronę ofiary, muszą w jakiś sposób usprawiedliwić swoje zachowanie. Najłatwiejszym rozwiązaniem jest przypisanie ofierze winy za sytuację i zmniejszenie w ten sposób poczucia dyskomfortu [12].

Zakończenie

Praca jest dominującą formą aktywności człowieka dorosłego. Wykonywanie obowiązków zawodowych wiąże się zwykle z koniecznością współpracy z innymi ludźmi. Współpraca ta nie zawsze przebiega prawidłowo, elementem funkcjonowania w środowisku pracy są nie tylko konflikty (interpersonalne, grupowe), ale również zjawiska znacznie bardziej niebezpieczne. Takim zjawiskiem jest właśnie mobbing, który – zdaniem specjalistów zajmujących się tym zagadnieniem – należy postrzegać jako jedno z najważniejszych zagrożeń i czynników ryzyka zawodowego, tuż obok wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych [9].

PIŚMIENNICTWO

1. Kłos B., Mobbing, „Informacja” Listopad 2002, nr 941, Kancelaria Sejmu. Biuro Studiów i Ekspertyz, [<http://biurose.sejm.gov.pl/>; data odczytu: 11.11.2012].
2. Sztukowska J., Nękanie psychiczne w miejscu pracy – mobbing, w: H. Król, A. Ludwiczynski (red.), Zarządzanie zasobami ludzkimi, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, 52-56.
3. Merecz D., Mościcka A. Drabek M., Mobbing w środowisku pracy. Charakterystyka zjawiska, jego konsekwencje, aspekty prawne i sposoby przeciwdziałania, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, [http://rop.sejm.gov.pl/1_Old/opracowania/pdf/mobbing_imp.pdf; data odczytu 16.11.2012].
4. Leymann H., Gustafsson A., Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders, Eur. J. Work Org. Psychol., 1996, 5 (2).
5. Zapf D., Organizational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work, Int. J. Manpower, 1999, 20, 1-2.
6. Zapf D., Gross C., Conflict escalation and copying with workplace bullying: A replication and extension, Eur. J. Work Org. Psychol., 2001, 10 (4).
7. Zych M., Mobbing w polskim prawie pracy, Wydawnictwo Beck, Warszawa 2007.
8. Szewczyk H., Molestowanie seksualne i mobbing w miejscu pracy lub w związku z pracą – nowe wyzwania dla polskiego prawa pracy, Praca Zabezp. Społ., 2002, 6.
9. Bechowska-Gebhard A., Stalewski T., Mobbing. Patologia zarządzania personelem, Difin, Warszawa 2004.
10. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r., Kodeks pracy, Dz. U. 1974 r. Nr 24, poz. 141, tekst ujednolicony.
11. Cowie H., Bradshaw L., Kaipainen S., et. al., Adult bullying, University of Surrey, Roehampton 1999.
12. Grzywa A., Pułapki manipulacji, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
13. Pospiszyl I., Patologie społeczne, PWN, Warszawa 2009.
14. Kozak S., Patologie w środowisku pracy. Zapobieganie i leczenie, Difin, Warszawa 2009.
15. Czerska M., Zmiana kulturowa w organizacji, Difin, Warszawa 2003.
16. Bartkowiak G., Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu w organizacji, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009.

17. Hirigoyen M.F., Molestowanie moralne. Perwersyjna przemoc w życiu codziennym, W drodze, Poznań 2002.
18. Karney J.E., Psychopedagogika pracy, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2007.
19. Hirigoyen M.F., Molestowanie w pracy, W drodze, Poznań 2003.
20. Lanza M.L., Nurses as patient assault victims: An update, synthesis and recommendations, Arch. Psychiat. Nurs., 1992, 6.

Adres do korespondencji:

dr Piotr Stawny
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

SKUTECZNE PRZYWÓDZTWO A HARMONIA W PRACY ZESPOŁOWEJ W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

EFFECTIVE LEADERSHIP AND HARMONY IN TEAMWORK IN MEDICAL INSTITUTION

HENRYK MRUK

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Katedra Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Zawarte w artykule rozważania koncentrują się na tematyce kwalifikacji przywódcy oraz budowania harmonijnej pracy zespołu. Rozwijając i doskonaląc siebie, lider wyznacza właściwy kierunek dla pracy całego zespołu. Skuteczna i harmonijna praca zespołowa wymaga ograniczania najczęściej występujących w pracy dysfunkcji. Omawiane działania są narzędziem ograniczania mobbingu oraz technik dyskryminacyjnych. To z kolei służy budowaniu właściwej atmosfery w pracy zespołowej oraz zwiększaniu satysfakcji pacjentów ze świadczonych usług medycznych.

Słowa kluczowe: przywództwo, kultura organizacyjna, mobbing, dyskryminacja

Summary

This article focuses on leadership skills and building a harmonious team work. The leader, while developing and improving himself, sets the right direction for the work of the whole team. Effective and harmonious team work requires reduction of the most common phenomenon. This in turn serves to build the right atmosphere in teamwork and increase patient satisfaction with medical services.

Key words: harmony of teamwork, effective leadership, corporate culture, mobbing, discrimination

Wprowadzenie

Harmonijna praca w zespołach realizujących zadania związane z opieką zdrowotną ułatwia i przynosi pozytywne efekty w sferze zadowolenia pacjentów oraz satysfakcji z wykonywania zawodu. Budowanie właściwej atmosfery wśród pracowników zależy od wielu czynników, wśród których istotne znaczenie ma skuteczne przywództwo.

Lider, poprzez własny przykład i rozwój, a także odpowiednio dobrane instrumenty w budowaniu zespołu, może ograniczać pojawianie się mobbingu oraz dyskryminacji. Choć trudno o precyzyjne zdefiniowanie mobbingu i dyskryminacji, to jednak wiadomo, że łączy się te zachowania z prześladowaniem oraz nierównym traktowaniem innych osób w miejscu pracy. Są to zjawiska burzące dobre relacje z współpracownikami, obniżające zaangażowanie w pracy a tym samym wpływające na zmniejszanie zadowolenia pacjentów z wykonywanych prac.

Celem rozważań jest skupienie uwagi na znaczeniu przywództwa w procesie kształtowania właściwych relacji w pracy zespołów, działających w placówkach medycznych. Będzie to rozpatrywane z punktu widzenia ograniczania niekorzystnych zjawisk, jakimi są mobbing i dyskryminacja.

Kultura organizacyjna jako wyróżnik placówki medycznej

Rynek usług medycznych jest rynkiem częściowo regulowanym, czyli takim, na którym nie działa w pełni mechanizm podaży-popytu [1]. Oznacza to, że istnieją określone ograniczenia w zakresie konkurencji placówek medycznych o pacjentów. Choć konkurencja nie ma tak silnego wymiaru, to jednak każda placówka czyni starania, aby budować swój pozytywny wizerunek w społeczeństwie [2]. Istnieje szeroka gama instrumentów, które służą tworzeniu koncepcji wzmacniania wizerunku placówek medycznych. W przypadku większości tych instrumentów, istnieje duża łatwość ich kopiowania przez inne podmioty. Przykładem mogą być narzędzia promocji. Zorganizowanie „drzwi otwartych”, „białej niedzieli”, udzielenie wywiadu dziennikarzowi, aktywność w Internecie, mogą szybko i łatwo znaleźć naśladowców w grupie innych placówek medycznych. Instrumentem, który pozwala budować przewagę na rynku w perspektywie długofalowej, jest kultura organizacyjna danej placówki medycznej. Jest to równocześnie instrument, który trudno skopiować w krótkim okresie [3]. Kultura organizacyjna jest bowiem budowana powoli i wymaga przy tym zaangażowania lidera oraz członków zespołu. Kulturę organizacyjną można traktować

jako system komunikacji między pracownikami, obejmujący zarówno sferę werbalną, jak również niewerbalną. Kultura organizacji ułatwia funkcjonowanie personelu w placówce i w zespołach. Pozwala porządkować wartości oraz reguluje zasady współżycia w zespole. W procesie tworzenia pozytywnych wartości w ramach budowania kultury organizacji należy mieć na uwadze następujące elementy:

- sprawność komunikowania się
- sposób podejmowania istotnych decyzji
- sposoby motywowania pracowników oraz budowania ich lojalności
- podejście do kontroli oraz jej znaczenie dla zespołu
- stabilność oraz niezawodność tworzonych relacji.

Z drugiej strony konieczne jest zwracanie uwagi na działania, które mogą wyzwać cechy negatywne. Można do nich zaliczyć:

- skłonność do zamykania się w sobie
- schematyczne myślenie
- ograniczoną elastyczność
- bariery we wprowadzaniu nowych rozwiązań
- unikanie postępu.

Budowanie kultury organizacyjnej każdej placówki medycznej wymaga zaangażowania ze strony lidera oraz jego właściwej współpracy z zespołem. Ustalenie wartości, które będą obowiązywały, opracowanie planu osiągnięcia celów jest procesem długotrwałym i pracochłonnym. Jest to swego rodzaju inwestycja, która pozwala ograniczać działania związane z mobbingiem i dyskryminacją. O tych zagrożeniach trzeba rozmawiać, aby budować system kultury organizacyjnej w każdej placówce medycznej. Taka otwartość może zmniejszać, a nawet ograniczać skłonność do prześladowania innych, ich poniżania, izolowania, obrażania czy ośmieszania. Może ona również eliminować zachowania skłaniające do innego traktowania osób płci odmiennej, innego wyznania, będących w starszym wieku czy też o innej orientacji seksualnej. Jest rzeczą zrozumiałą, że ludzie zajmują różne stanowiska, mają różny poziom wykształcenia, talenty itp., co w naturalny sposób ich różnicuje tak w zespole, jak i w społeczeństwie.

Rola pracowników w procesie świadczenia usług

Opieka zdrowotna mieści się w sektorze usług, które mają kilka cech szczególnych. Jedną z nich jest znaczenie pracowników w procesie świadczenia usług [4]. W odróżnieniu od sfery wytwarzania, w usługach, kluczowe znaczenie mają kwalifikacje personelu. Liczy się wprawdzie także proces świadczenia usługi oraz jej otoczenie (świadczenie) materialne. Wszystko, co ma jednak charakter podstawowy, wiąże się z umiejętnościami pracowników. Ich rola może być postrzegana zarówno przez pryzmat kwalifikacji osobistych, jak również zdolności do skutecznej pracy w zespole. O tych zagadnieniach będziemy dalej mówić wiedząc, że wpływają one na poziom

satysfakcji pacjentów oraz pozycję konkurencyjną placówki medycznej.

W odniesieniu do kwalifikacji pracowników, ważne są zarówno aspekty merytoryczne (kwalifikacje zawodowe), jak również cechy osobowościowe oraz zdolności w komunikowaniu się. Cechy merytoryczne są związane z wiedzą zawodową, doświadczeniem, zdolnością do uczenia się. Jest to obszar, który wymaga przygotowania zawodowego i jest z reguły potwierdzony odpowiednimi dokumentami (dyplomy, certyfikaty). Kwalifikacje merytoryczne personelu są ważne dla pacjentów oraz wizerunku placówki. Wymagają one doskonalenia i jest to zarówno obowiązek przywódców, jak i pracowników do rozwijania własnych umiejętności. Równie istotne są także cechy osobowościowe pracowników oraz ich zdolności komunikacyjne. W tym przypadku trudniej otrzymać potwierdzenie odpowiednich kwalifikacji. Zachowania mobbingowe czy dyskryminowanie innych mogą być związane z cechami osobowości, wychowaniem, środowiskiem a także wzorcami z przeszłości. Nie ulega wątpliwości, że systemy szkoleń mogą dobrze służyć doskonaleniu tych obszarów (tzn. osobowości i zdolności komunikacyjne). Można tutaj podejmować działanie na rzecz podnoszenia kwalifikacji w zakresie właściwego dobierania słów (eliminowania wulgaryzmów), unikania sądów kategorycznych (ty zawsze, ty nigdy) oraz unikania nieodpowiednich żartów, także rozmawiania o osobach nieobecnych, w kontekście rzeczy negatywnych (obgadywanie, oczernianie). Jednak na początku tej drogi znajduje się rekrutacja pracowników. To, jaki jest system rekrutacji w danej placówce, wpływa na kwalifikacje pracowników a także postrzeganie pracy całego zespołu przez pacjentów. Analiza rozmów z pracownikami a także obserwacja rzeczywistości wskazują, że rzadko w praktyce, w procesie rekrutacji przykładą się należyta wagę do omawianych aspektów. Zdolność do osiągnięcia celów oraz rozwój placówki medycznej jest w największym stopniu uzależniony od zdolności rekrutowanych pracowników. Stosowanie rozbudowanych i przemyślanych praktyk rekrutacji pozwala na rozwój organizacji [5]. Warunkiem sukcesu w budowaniu właściwej kultury organizacji jest rekrutowanie pracowników, którzy będą się utożsamiali z przyjętym systemem wartości [6]. Warto rozważyć celowość prowadzenia rozmów przez wszystkich członków zespołu, z którym ma współpracować rekrutowana osoba. Dzięki temu, już na etapie rekrutacji, można wykluczyć zatrudnienie pracownika, który ma niewłaściwe poglądy względem mobbingu oraz dyskryminacji.

Kultura organizacji wsparciem dla pracowników

W ramach omawianych zagadnień, możemy wskazać na istnienie sprzężenia zwrotnego między kulturą placówki a zatrudnionymi w niej pracownikami. Z jednej strony na pewno lider oraz pracownicy przedsiębiorstwa tworzą kulturę organizacyjną. Z drugiej strony istniejąca w danej placówce kultura, wpływa na postawy oraz zachowania pracowników. Ważne jest to, aby pracownicy utożsamiali

się z istniejącymi w placówce wartościami. W ich ramach ważne jest to, aby właściwie definiować oraz rozumieć kwestie mobbingu i dyskryminacji. W wielu przypadkach, pracownicy mogą nie mieć świadomości, że stosują względem innych osób techniki mobbingowe czy techniki dyskryminacji. Pracownicy wychowywali się w rodzinach o określonej kulturze, chodzili do szkół reprezentujących różne modele i systemy wartości, spotykali się z określonymi zachowaniami ze strony nauczycieli. W życiu zawodowym jest z reguły tak, że na ten grunt są przenoszone wzorce zachowań z domu i ze szkoły. Duży wpływ na charaktery poszczególnych pracowników ma także towarzystwo rówieśników, z którymi się w młodości spędzało czas.

Rozumienie kultury organizacyjnej może być łatwiejsze, jeśli się spojrzy na obszary, elementy, które ją tworzą. Można do nich zaliczyć:

- symbole
- sposoby komunikowania się
- wartości
- rytuały
- mity
- tabu.

W odniesieniu do symboli można wskazać na wymiar architektoniczny placówki, tak w odniesieniu do budynku, jak również zagospodarowania jego powierzchni. W tym przypadku transparentność przestrzeni, także monitorowanie powierzchni, mogą być wsparciem dla postępowania pracowników zgodnie z obowiązującymi zasadami. Ważne byłoby to, aby zachowania wynikały z przekonania oraz siły charakteru. Wiadomo jednak, że transparentność ułatwia postępowanie zgodne z obowiązującymi zasadami.

W ramach symboliki trzeba także wspomnieć o zasadach ubierania się, wyglądu, stosowania identyfikatorów. Wspomniane symbole ułatwiają utrzymywanie kontaktów z pacjentami, a także z pracownikami innych komórek i zespołów. Przestrzeganie standardów związanych z ubiorem oraz wyglądem także może ograniczać zachowania mobbingowe i dyskryminacyjne.

Ze sferą symboliki wiążą się zajmowane stanowiska, tytuły, wyposażenie, posiadanie asystenta, przywilejów służbowych itp. Z jednej strony wpływa to na postrzeganie placówki przez klientów, a z drugiej strony może być zagrożeniem dla kultury organizacyjnej. W tym przypadku ważne jest to, aby liderzy, także osoby posiadające wyróżniki statusu, koncentrowały się na realizowaniu zadań oraz służeniu innym [7]. Traktowanie niektórych symboli (pokój, meble) jako wartości samej w sobie, może zagrażać budowaniu kultury organizacyjnej wolnej od mobbingu oraz dyskryminacji. Jedną z pułapek może być nierówne rozkładanie obowiązków na pracowników. Zdarza się, że osoba, która właściwie wykonuje swoje zadania, jest proszona o dodatkową aktywność (w myśl powiedzenia, że „nagroda za dobrą pracę jest coraz więcej pracy”). Lider powinien dbać o to, aby zadania były równomiernie rozkładane na wszystkich członków zespołu. Tym, którzy byliby mniej wydajni, należy ułatwić korzystanie ze szkoleń oraz coachów. Nakładanie dodat-

kowych obowiązków na osoby, które są wydajne, może być odbierane jako szczególny rodzaj mobbingu, a nawet dyskryminacji.

Od czasu do czasu media informują o różnych rytuałach, które mają miejsce w poszczególnych środowiskach zawodowych. Niektóre zwyczaje, zakorzenione w tradycji, mogą się współcześnie okazać praktykami mobbingowymi czy dyskryminacyjnymi. Lider powinien się wówczas wykazać odwagą decyzji, przerywając uświęcone tradycją zachowania. Szczególnym przypadkiem takich rytuałów mogą być zjawiska fali czy też pasowania pracownika na pełnoprawnego członka zespołu. W dobie powszechnej transparentności, łatwo można upublicznić zachowania, które kiedyś nie wychodziły na światło dzienne. Rytuały mogą się łączyć z istnieniem tematów tabu. To są również kwestie, które powinny być zauważane przez lidera i eliminowane lub ograniczane. W rozmowach prowadzonych z pracownikami sfery zdrowia, pracującymi w innych krajach, pojawiają się przykre informacje, że w oficjalnych wypowiedziach wszystko jest poprawne, natomiast zauważa się drobne gesty i zachowania, które świadczą o tym, że inaczej się traktuje ludzi z danego kraju, a inaczej przybyłych do pracy z innych państw. Dyskryminacja i mobbing są czasem bardziej wyczuwane niż możliwe do udokumentowania, nazwania oraz eliminowania.

Sposoby komunikowania się

W odniesieniu do komunikowania się, można rozważyć dwa obszary, a mianowicie:

- komunikowanie się z pacjentami
- komunikowanie się wewnątrz organizacji.

Komunikacja jest efektem, łączącym dwie jej sfery, a mianowicie:

- komunikację werbalną
- komunikację niewerbalną.

Nie zawsze pracownicy placówek medycznych są świadomi tego, że znacznie większe znaczenie mają komunikaty niewerbalne [8]. Odbiorca komunikatu, jeśli widzi rozbieżność między słowami a gestami, to wierzy w sygnały niewerbalne. Część zachowań mobbingowych czy dyskryminacyjnych, może być związana z niewłaściwymi, poniżającymi czy obraźliwymi gestami. Mogą to być zachowania niezwykle szkodliwe z punktu widzenia budowania właściwych relacji w zespole. Z tego względu, kwalifikacje pracowników placówek medycznych powinny być w dużym stopniu związane ze znajomością mowy ciała. Komunikaty słowne, kierowane do pacjentów, powinny być zgodne z gestami. Natomiast także komunikacja niewerbalna, zachodząca między pracownikami, świadczy o kulturze organizacyjnej placówki medycznej. Pacjenci zauważają, w jaki sposób personel odnosi się do siebie, właśnie w sferze mowy ciała. Naturalność ma to do siebie, że nie można jej udawać. Stąd tak istotne jest, aby nie było w zespole zachowań mobbingowych oraz dyskryminacyjnych. Mogą być one łatwo za-

uważone przez pacjentów, nawet wtedy, gdy ktoś będzie chciał je ukryć. Kłamstwo jest przede wszystkim rozpoznawane na płaszczyźnie mowy ciała [9].

Kolejnym obszarem komunikacji jest sfera werbalna. Większość badaczy zalicza ją do tzw. sfery umiejętności miękkich. Są jednak poglądy, według których jest to obszar kwalifikacji twardych. Taka teza łączy się z przekonaniem o dużej odpowiedzialności za słowo, które jest wypowiedziane. Należy wyraźnie zaznaczyć, że każdy nosi odpowiedzialność za użyte słowa. To one mogą być formą mobbingu oraz dyskryminacji. Nie można akceptować usprawiedliwień typu „tak mi się tylko powiedziało”. Trzeba dbać o to, aby właściwie dobierać słowa, właściwie formułować myśli. W każdej grupie zawodowej jest stosowany żargon zawodowy. Trzeba jednak uważać, aby go nie stosować w komunikacji z pacjentami. W budowaniu kultury organizacyjnej placówki medycznej dobrze jest stosować różnorodne formy grzecznościowe. Tworzą one właściwe relacje między pracownikami oraz są pozytywnie odbierane przez pacjentów oraz pracowników z innych komórek.

Sposób komunikowania się w placówce jest w dużej mierze związany z cechami oraz zachowaniami lidera. Badania dowodzą, że orientacja pracowników dotyczy przede wszystkim obserwowania zachowań lidera. To on powinien sobie zdawać sprawę z tego, że jest obserwowany a jego zachowania są wzorcowe. Dlatego omawiane tutaj kwestie, czyli mowa ciała, komunikacja werbalna, formy grzecznościowe, stosowane przez lidera, stają się normami, które przejmują pracownicy. Okazuje się również, że komplementy pozwalają na wzmacnianie atmosfery w zespole. Warto zatem o tym pamiętać, ale też doskonalić się w sztuce mówienia innym miłych rzeczy.

Podstawowym warunkiem właściwej kultury organizacyjnej jest to, aby lider przede wszystkim wymagał odpowiednich standardów od siebie. Buduje to określone wzorce zachowań, ale także hamuje postawy, które mogłyby przerodzić się z czasem w mobbing lub dyskryminację. Rolą lidera jest również to, aby dostrzegał sygnały świadczące o zachowaniach nieodpowiednich i podejmował działania, które je wyeliminują. To jak dyrygent, który powinien wyłoić fałszywe dźwięki w orkiestrze i wymagać poprawnego grania nut. Powyższa metafora znakomicie trafia w tytuł artykułu, w którym słowo „harmonia” odnosi się do zgodnych i przyjaznych relacji między członkami zespołu. Takie zachowania warte są propagowania, aby w dłuższej perspektywie eliminować jakiegokolwiek przejawy mobbingu oraz dyskryminacji. Placówki medyczne, które świadczą usługi związane ze zdrowiem, same też powinny być „zdrowe”, czyli wolne od zachowań mobbingowych i dyskryminujących.

Wartości elementem kultury organizacji

Funkcjonowanie organizmu człowieka wymaga, aby otrzymywał on pożywienie kilka razy w ciągu dnia, a także

aby odpoczywał w czasie snu przez 7 do 8 godzin na dobę. Każdemu wydaje się to tak oczywiste, że nie wymaga dyskusji na ten temat. Nieco inaczej jest w odniesieniu do norm, które składają się na system wartości danej placówki. W zdecydowanej większości przypadków, są one zapisane w różnych dokumentach, niekiedy wyrażone w formie przyrzeczenia (ślubowania) na początku drogi zawodowej. Okazuje się, że zachowania ludzi są efektem ich myśli. D. Ariely postawił hipotezę, że odnawianie przysięgi Hipokratesa w każdą rocznicę ukończenia studiów, wpłynie na sposób postępowania lekarzy [10]. Wiedząc o tym, warto inwestować czas oraz środki w rozmowy na temat przyjętego w danym zespole systemu wartości. Rozmowy o zasadach moralnych, o etyce, zdają się nudzić pracowników. Ale to dzięki przypominaniu sobie systemu wartości, można zapobiegać mobbingowi oraz dyskryminacji. Ma to również szczególne znaczenie na początku XXI wieku, kiedy erozji ulegają dotychczasowe sposoby edukacji, kiedy postępuje proces globalizacji, mniejsza jest kontrola nad mediami a także zanikają dotychczasowe autorytety. Rozumiejąc wagę systemu wartości, wiele kierowników wdraża kodeksy postępowania, aby pomagać pracownikom w dokonywaniu właściwych wyborów. Podobnie jak dostarczanie pożywienia, tak samo ważne jest inwestowanie w budowanie i podtrzymywanie systemu wartości w placówce medycznej. Ważne jest również to, aby każdy pracownik utożsamiał się z danym systemem wartości. Jest to bez wątpienia działanie, które ograniczy zachowania mobbingowe oraz dyskryminacyjne. W zależności od tego, jakimi myślami są karmione umysły ludzi, TAK też się oni zachowują. Jedno z przysłów mówi o tym, że łyżka dziegciu może zepsuć smak całej beczki miodu. Tak też może być w pracy zespołu, gdzie jedna, nieodpowiedzialna osoba, może zniszczyć harmonię w pracy zespołowej i zmniejszyć zadowolenie pacjentów. W takich przypadkach działania lidera powinny być natychmiastowe oraz bezwzględne.

Rozwój osobisty lidera – rola w pracy zespołu

Przywództwo w organizacjach gospodarczych, a do takich należą placówki zdrowia, jest przede wszystkim związane z realizacją postawionych zadań. Jest to bez wątpienia cel podstawowy, który będzie łatwiej realizowany, jeśli uzyskuje wsparcie ze strony charakteru lidera oraz relacji między pracownikami. Warto zatem zastanowić się nad celowością oraz narzędziami pracy nad sobą, aby lider miał udział w tworzeniu harmonijnej pracy zespołu. W tym celu może się okazać użyteczna teoria przywództwa piątego poziomu, wskazująca na harmonię rozwoju osobowości lidera [11]. Warto zdać sobie sprawę z tego, że właściwa jest dbałość o harmonię wszystkich aspektów życia człowieka, czyli:

- pracy zawodowej
- zdrowia
- rozwoju duchowego

- relacji rodzinnych
- kontaktów towarzyskich i społecznych.

Praca nad sobą to zarówno tworzenie nawyków skutecznego działania, jak również dbałość o rozwój pracowników [12]. Ciekawą ilustracją tej kwestii jest metafora, porównująca życie do żonglowania pięcioma kulami, które są odpowiednikiem wymienionych wyżej aspektów. Jedną z tych kul jest gumowa. Ma ona symbolizować pracę. Jeśli spadnie, to nic się nie stanie, bowiem odbije się (ktoś straci pracę, ale znajdzie inną). Pozostałe kule są szklane, a zatem, jeśli spadną, to się rozbiją. Ta metafora podkreśla znaczenie harmonii w pracy nad sobą, tak w odniesieniu do lidera, jak również współpracowników. Omawiana kwestia rozwoju osobistego lidera jest instrumentem ograniczającym możliwość pojawiania się zachowań o charakterze mobbingu oraz dyskryminacji. Z jednej strony będzie się to wiązało z przykładem zachowań lidera, a z drugiej strony – z położeniem nacisku na pracę nad sobą każdego pracownika. Początek XXI wieku niesie z sobą wzrost świadomości w zakresie doskonalenia własnych umiejętności. Wiąże się to również z badaniami w obszarze ekonomii behawioralnej, która wskazuje na dominujące znaczenie emocji w zachowaniach ludzi [13]. Okazuje się, że racjonalność była dotąd bardziej życzeniem niż rzeczywistością w zachowaniach pracowników. Dzięki wiedzy pochodzącej z badań w sferze ekonomii behawioralnej, łatwiej można walczyć z mobbingiem czy dyskryminacją, które mniej mają wspólnego z racjonalnością, natomiast wiążą się głównie z emocjami [14].

Skuteczność pracy zespołowej

Harmonia w pracy zespołowej, chociaż trudna do osiągnięcia, jest jednak możliwa. Staje się ona efektem działania wielu zmiennych, spośród których wskazujemy tutaj na ich drobną część. Odwołamy się dalej do jeszcze jednego czynnika, który zdefiniowano jako dysfunkcję w pracy zespołów [15]. Wiedza na temat dysfunkcji oraz znajomość metod, które mogą je eliminować, dobrze służy zwiększaniu skuteczności pracy zespołowej. Brak zaufania w pracy zespołowej jest postrzegany jako podstawowa dysfunkcja. Aby ją ograniczyć, a nawet eliminować, tak lider, jak również członkowie zespołu powinni się angażować w budowanie zaufania. Jeśli członkowie zespołu obdarzają siebie zaufaniem, wówczas maleją szanse na zachowania mobbingowe oraz dyskryminacyjne. Budowanie zaufania jest także procesem długotrwałym [16]. W tym przypadku duże jest znaczenie lidera, który powinien obdarzyć zespół zaufaniem oraz stosować techniki, które będą je wzmacniały [17]. Pracownicy, którzy funkcjonują w atmosferze zaufania, są mniej skłonni do zachowań mobbingowych oraz dyskryminacyjnych.

Drugą, niezwykle osłabiającą zespół dysfunkcją jest brak zdolności do wyraźnego wyrażania swoich poglądów oraz opinii. Dysfunkcja w pracy zespołu polega w

tym przypadku na ukrywaniu własnych poglądów, powstrzymywaniu się od wyrażania krytyki, nazywania rzeczy po imieniu. Przelamanie tej dysfunkcji wymaga wiedzy oraz zaangażowania lidera. Konieczne jest budowanie atmosfery, w której każdy z członków zespołu, w odpowiedni sposób, jest skłonny do wyrażania swoich poglądów. Nie można rozwiązać problemu, który nie zostanie zdefiniowany. Brak rozmów na temat różnic w poglądach powoduje, że tempo rozwoju jest znacznie wolniejsze niż wtedy, kiedy pracownicy w otwarty sposób rozmawiają o wszystkich kwestiach. Także w tym przypadku ważne jest zachowanie lidera.

Kolejne zagadnienia wiążą się z zaangażowaniem wszystkich pracowników w realizację postawionych zadań. Można się spierać w zespole wtedy, kiedy jest czas debaty. Natomiast uzgodnienie (bądź) przegłosowanie decyzji wiąże się z pełnym zaangażowaniem wszystkich pracowników w osiąganie sformułowanego celu. W tym przypadku ważne jest również to, aby wszyscy członkowie zespołu wspierali siebie nawzajem, ale też wskazywali na nieprawidłowości tam, gdzie one się pojawiają. W takiej atmosferze łatwiej można eliminować zachowania mobbingowe oraz dyskryminacyjne.

Kolejna dysfunkcja zespołu wiąże się z brakiem jego zdolności do wykonywania zadań. Z całym naciskiem trzeba napisać, że końcowa ocena dotyczy efektów a nie chęci czy zamierzeń. Zespół powinien skupić działania wszystkich osób na zrealizowaniu zadań.

Zakończenie

Zachowania mobbingowe oraz dyskryminacyjne mogą być ograniczane, nawet eliminowane, za pomocą wielu różnych narzędzi. Jednym z nich jest odpowiednia kultura organizacyjna placówek medycznych. Składa się ona z wielu elementów, o które powinni dbać zarówno liderzy, jak również pracownicy zespołów. Warunkiem akceptacji systemu wartości placówki medycznej jest przyjmowanie pracowników, dla których jest on zgodny z ich sposobem widzenia świata. Liderzy, dzięki dbałości o rozwój osobisty, mogą oddziaływać na doskonalenie kwalifikacji pracowników. Pomocna może być w tym zakresie wiedza o funkcjonowaniu umysłów ludzi, zdobywana na gruncie ekonomii behawioralnej. Również poznanie sposobów eliminowania dysfunkcji w pracy zespołów, służy doskonaleniu zasad ich funkcjonowania. Ogół omówionych działań, włączonych harmonijnie w pracę zespołów, pozwala na ograniczanie zachowań mobbingowych i dyskryminacyjnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Drucker P., Myśli przewodnie Druckera, MT Biznes, Warszawa 2000.
2. Głowacka D., Mojs E. (red.), Prawo i psychologia w ochronie zdrowia, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
3. Cheverton P. Kluczowe umiejętności marketingowe, Helion, Gliwice 2006.

4. Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor J., Marketing usług, Wolters Kluwer, Kraków 2006.
5. Lowney Ch., Heroiczne przywództwo. Tajemnice sukcesu firmy istniejącej ponad 450 lat, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011.
6. Lencioni P., Cztery obsesje wyjątkowego szefa, MT Biznes, Warszawa 2011.
7. Blanchard K., Przywództwo wyższego stopnia, PWN, Warszawa 2007.
8. Adler R., Rosenfeld L., Proctor R., Relacje interpersonalne, REBIS, Poznań 2007.
9. Ekman P., Kłamstwo i jego wykrywanie w biznesie, polityce i małżeństwie, PWN, Warszawa 2012.
10. Ariely D., Potęga irracjonalności, Wyd. Dolnośląskie, Wrocław 2009.
11. Avery G.C., Przywództwo w organizacji. Paradymaty i studia przypadków, PWE, Warszawa 2009.
12. Covey St., 7 nawyków skutecznego działania, Wyd. Medium, Warszawa 1996.
13. Ariely D., Zalety irracjonalności, Wyd. Dolnośląskie, Wrocław 2010.
14. Gladwell M., Poza schematem, Książka i Wiedza, Warszawa 2009.
15. Lencioni P., Pięć dysfunkcji pracy zespołowej, MT Biznes, Warszawa 2011.
16. Sztompka P., Zaufanie społeczne, Znak, Kraków 2007.
17. Sprenger R., Zaufanie, MT Biznes, Warszawa 2009.

Adres do korespondencji:

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece
Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

PRZECIWDZIAŁANIE ZJAWISKU MOBBINGU W ORGANIZACJI

COUNTERACTING THE PHENOMENON OF MOBBING IN THE ORGANIZATION

JAN NOWOMIEJSKI, RENATA RASIŃSKA, RYSZARD BARCZYK

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Mobbing to forma przemocy, której konsekwencje są mniejsze od przemocy fizycznej, jednak przejawy trudniejsze do uchwycenia. Ludzie w firmach produkcyjnych i usługowych coraz częściej prowadzą tzw. gry organizacyjne, w których biorą udział zarówno jednostki, jak i grupy, a pracownicy stają się często ofiarami wielu manipulacji [1]. Takie gry mają bardzo wiele wspólnego z elementami nieetycznego zachowania. Są na tyle specyficzne, że niejednokrotnie ciężko udowodnić sprawcom ich zaistnienie, a pracownikom fakt bycia ofiarą. Pracownicy są zastraszeni, stawiani w sytuacji, w której muszą okazać lojalność względem pracodawcy, bądź są zmuszani do rywalizacji. Zjawisko mobbingu występuje głównie w relacjach międzypracowniczych, co jest szczególnie groźne, gdyż najczęściej najsłabsza jednostka staje się ofiarą prześladowań całej grupy. U podstaw wspomnianych gier i zachowań leży system wartości charakteryzujący daną organizację. Takie czynniki, jak: poczucie satysfakcji, lojalność, identyfikacja, czy też zaufanie odgrywają kluczową rolę w relacjach pracodawca-pracownicy oraz między samymi pracownikami. Struktura organizacji, atmosfera pracy, podział stanowisk i zakres obowiązków powinny być więc dokładnie określone, tak aby każdy „znał swoje miejsce” oraz miał poczucie wewnątrz-organizacyjnej sprawiedliwości [2]. Jest ona bowiem silnym czynnikiem motywacyjnym. Brak sprawiedliwości sprzyja występowaniu agresywnych postaw, szukaniu sposobu na odreagowanie, prowadzeniu swoistej walki, a te są z kolei formą konfliktu w miejscu pracy.

Słowa kluczowe: mobbing, oddziaływanie psychiczne, kultura organizacji, przeciwdziałanie.

Definicja mobbingu

Mobbing stanowi stosunkowo nową płaszczyznę zainteresowania nauki i praktyki, dotyczącą funkcjonowania człowieka w miejscu pracy, w związku z czym istnieje wiele niejasności w jego zdefiniowaniu i określeniu jego charakteru. Prezentowane są bowiem dwa skrajne poglądy na temat tego zjawiska. W publicznych debatach z jednej strony mówi się o rozpowszechnianiu praktyk mobbingowych i ich ofiarach, z drugiej strony znajdują się zaś sceptycy, którzy wskazują na demonizowanie tego zjawiska i określanie ofiar jako jednostek słabych i niezdolnych do funkcjonowania w uwarunkowa-

Summary

Mobbing is a form of violence whose consequences are smaller than physical violence, however signs are more difficult to notice. People in production and service firms more and more often conduct the so-called organizational games in which take part both individuals and groups, and employees are often victims of manipulation [1]. Those games have a lot in common with elements of unethical behavior. They are so specific that it is often hard to prove perpetrators their existence and employees - the fact of being a victim. Workers are intimidated, put in a position where they must present loyalty to the employer or are forced to compete. The phenomenon of mobbing appears mainly in the relationships between employees, which is especially dangerous because most often the weakest individual becomes a victim of all the group persecution. The basis of the aforementioned games and behaviors forms the system of values characterized by this group. Factors such as a sense of satisfaction, loyalty, identification and trust play an important role in relations between the employees and the workers. The structure of the organization, atmosphere at work, the distribution of positions should be determined exactly enough to make everyone “know their place” and have a sense of internal organizational justice [2]. It is in fact a strong incentive. The lack of justice supports the presence of aggressive attitudes, searching the way to abreact and conduct a kind of fight, and these are in turn a form of conflict in the workplace.

Key words: mobbing, mental influence, culture of organization, counteracting.

niach „dzisiejszego świata”. Uważają problemy indywidualne i psychiczne nie jako następstwa wyizolowania w miejscu pracy, lecz jako jego przyczynę. Niewątpliwą kwestią jest jednak fakt, że mobbing stał się narzędziem do rozwiązywania różnych problemów, wymierzania subiektywnie pojmowanej sprawiedliwości, sposobem na zwalczanie konkurencji w środowisku pracy, bądź też konsekwencją nieetycznych zamierzeń wpływających z potrzeby wygrania rywalizacji.

Pierwsze obserwacje dotyczące oddziaływania psychicznego w miejscu pracy koncentrowały się na grupowych formach prześladowania ofiary przez współpracowników, którzy zajmowali równorzędne stanowiska

służbowe, stąd też zaczęto określać te działania jako „lobbing”. Źródłosłowem angielskim terminu jest słowo „mob” oznaczające tłum, motłoch – czyli w tym sensie oznacza większą grupę osobników, która wspólnie działając gnębi swoją ofiarę. W kolejnych obserwacjach zauważono, że niekiedy dręczycielem staje się nie grupa, a pojedyncza osoba, której nadrzędność służbowa bądź formalna lub nieformalna (ze względu na stanowisko, wiek, staż pracy, doświadczenie, poparcie) staje się powodem do realizowania działań nieetycznych [3].

Według Międzynarodowego Stowarzyszenia Przeciw Psychologicznemu Stresowi i Mobbingowi z 1993 roku, definicja mobbingu wskazuje na zdarzenia, które są powtarzalne, systematyczne i zachodzą często, natomiast według Krajowego Stowarzyszenia Antymobbingowego mobbing jest to bezpodstawne, ciągle i długotrwałe dręczenie, zastraszanie, prześladowanie, szykanowanie człowieka w pracy nie tylko przez przełożonego, ale czasem też przez współpracowników, powodując uczucie bezsilności, upokorzenia i krzywdy, prowadzące w konsekwencji do ogólnego złego samopoczucia i pogorszenia stanu zdrowia ofiary. Inna organizacja, a mianowicie Międzynarodowa Organizacja Pracy reprezentuje pogląd, iż mobbing to obraźliwe zachowanie poprzez mściwe, okrutne, złośliwe lub upokarzające usiłowania zaszkodzenia jednostce lub grupie pracowników, którzy stają się przedmiotem psychicznego dręczenia. To stale powtarzane negatywne uwagi lub krytyka, izolowanie od kontaktów społecznych, plotkowanie lub rozprzestrzenianie fałszywych informacji [4].

Mobbing to nieetyczne i irracjonalne z punktu widzenia organizacji działanie, polegające na długotrwałym, powtarzającym się i bezpodstawnym dręczeniu pracownika przez przełożonych lub współpracowników. Jest to poddanie ofiary przemocy ekonomicznej, psychicznej i społecznej w celu zastraszania, upokorzenia i ograniczenia jej zdolności obrony. Jest to zjawisko odczuwalne subiektywnie, w którym wykorzystywane są metody manipulacji, od najbardziej subtelnych i niezauważalnych przez ofiarę do najbardziej drastycznych [5].

Przyczyny zachowań mobbingowych

Jak już wspomniano, znaczącą rolę w zaistnieniu i stosowaniu mobbingu odgrywa kultura organizacyjna firmy. Tam gdzie przełożeni mają niskie kwalifikacje, morale oraz nie są przestrzegane zasady związane ze sprawiedliwością, najczęściej dochodzi do występowania tego zjawiska. Również wysokie wymagania stawiane pracownikom i restrykcyjny system ich rozliczania powodują nadużywanie przez przełożonych i współpracowników władzy. Istnieje jednak kilka przyczyn traktowanych jako główne, do których zaliczamy:

Przyczyny społeczne, z których najważniejszymi są bezrobocie, zmiany ekonomiczne, stałe zagrożenie utratą pracy, zatrudnienie w niepewnych warunkach, ubożenie społeczeństwa, obniżenie poziomu edukacji, migracje, zani-

kanie wielopokoleniowego modelu rodziny, (również rosnąca liczba rodzin niepełnych), czy też przestępczość. Niepewność i bezradność zmuszają podwładnych do wykonywania wszelkich poleceń, powodują u nich odczucie utraty kontroli nad własnym życiem oraz brak poczucia stabilności i bezpieczeństwa. Zdarza się to szczególnie często w organizacjach o sztywnej strukturze społecznej o niefunkcjonalnym i skostniałym sposobie zarządzania.

Cechy organizacji i zarządzających organizacją, to przyczyny w ogromnym stopniu odpowiedzialne za występowanie zjawisk mobbingowych. Jednym z najistotniejszych determinantów decydujących o powstawaniu mobbingu lub jego braku jest właśnie kultura organizacyjna. Jest ona budulcem pożądanego zachowań organizacyjnych, wewnętrznej tożsamości i wizerunku zewnętrznego firmy.

Szczególne pozycja społeczna ofiary, czyli tzw. czynniki indywidualne (socjodemograficzne), które powodują dyskryminację rasową, kulturową, dotyczą przekonania politycznych, religijnych, przynależenia do mniejszości narodowej, orientacji seksualnej. Również osoby niepełnosprawne, starsze, kobiety w ciąży, mężczyźni zatrudnieni w sfeminizowanych zawodach lub odwrotnie są traktowane z wyższością, mają mniejsze możliwości samorealizacji, czy podniesienia swojej pozycji w organizacji.

Presja zewnętrzna na osiąganie coraz lepszych wyników i lepszej jakości, to typowy przykład tzw. „wyścigu szczurów”. Rozwój gospodarczy i postęp technologiczny sprawiły, że przedsiębiorcy coraz większy nacisk kładą na maksymalizację zysków, często kosztem samych pracowników. Coraz częstszym zjawiskiem staje się nienormowany czas pracy, wynagrodzenie zależne od wyników, większe wymagania dotyczące dyspozycyjności, mobilności, a co za tym idzie większy poziom konkurencji między pracownikami.

Kontrola wyników pracy, często jest kojarzona z brakiem zaufania do pracowników oraz do efektów ich pracy. Wprowadza się w wielu organizacjach systemy kontroli, takie jak częste raportowanie z prowadzonych działań, konieczność składania wyjaśnień co do wyników pracy oraz zakładanie kamer przemysłowych celem ciągłego monitoringu pracowników [4].

Sprawcy działań o charakterze mobbingowym w działaniach posługują się taktykami, mającymi na celu odizolowanie jednostki i odsunięcie jej od grupy, do której mogłaby się zwrócić o pomoc. Wtedy jednostka staje się pozostawiona sama sobie, a tym samym uległa i podporządkowana. Zaliczamy do nich:

1. Taktykę upokorzenia:

- nieuzasadniona krytyka
- publiczne upokorzenie
- upokarzające postępowanie dyscyplinarne
- oszczerstwa
- zniesławienie, dyskredytacja
- niestosowne żarty
- obraźliwe i prowokujące gesty
- sarkazm i ignorowanie.

2. Taktykę zastraszania:

- niszczenie mienia organizacji lub własności pracownika
- terror telefoniczny
- ustne pogróżki
- używanie wulgaryzmów
- groźne gesty i postawa ciała
- rozpowszechnianie złośliwych plotek
- rzucanie przedmiotami
- prześladowanie przy użyciu e-maili, korespondencji
- przemoc fizyczna.

3. Taktykę pomniejszania kompetencji:

- sprzeczne i niejednoznaczne polecenia
- odmowy próśb bez logicznego wyjaśnienia
- niemożliwe w określonym terminie do realizacji prace
- zlecanie zadań obciążających fizycznie i psychicznie
- brak wynagrodzenia – premii za dodatkowe wysiłki
- przerywanie rozmowy, gdy wchodzi ofiara
- zaniżanie kwalifikacji
- nadanie zbyt dużej presji czasu przy jednoczesnym wymogu maksymalizacji jakości pracy
- wytykanie absurdalnych błędów, których w rzeczywistości ofiara nie popełniła
- degradacja na niższe stanowisko bez konsultacji
- ograniczanie czasu wolnego ofiary [6].

Konsekwencje mobbingu

Każda organizacja powinna stwarzać pracownikom odpowiednie warunki oraz umożliwiać im rozwój i podnoszenie kwalifikacji. Dzięki temu nie dochodzi do pogłębiającego się z czasem dystansu między pracownikami oraz blokady w kontaktach z przełożonymi. W przeciwnym wypadku, zostanie zaburzona działalność firmy wpływająca istotnie na koszty finansowe. Jeśli dochodzi do sytuacji, w której konflikt przeradza się w mobbing, wówczas najczęściej kończy się to odejściem pracownika z pracy. Wtedy mamy do czynienia ze stratami finansowymi poniesionymi na rzecz szkoleń oraz utraconych potencjalnych zysków. Również do strat finansowych należy doliczyć te związane z mniejszą wydajnością pracy w okresie wypowiedzenia pracownika, gdyż z reguły jest on mało zmotywowany, zmęczony, zestresowany, a przez to mało wydajny. Skupia się wyłącznie na tym, aby dotrzeć do zakończenia współpracy i odpocząć od stresogennych sytuacji. W momencie, gdy zapada decyzja o zwolnieniu pracownika, również mamy do czynienia z obciążeniami wynikającymi z jego odejścia, czyli kosztami działów administracyjnych i personalnych, które muszą poświęcić mu czas lub dopełnić wszelkich niezbędnych formalności. Ważną kwestią jest także konieczność znalezienia osoby na stanowisko zwolnionego z pracy. Organizacje nie rzadko korzystają

w procesie rekrutacji z usług firm rekrutacyjnych, które pobierają dodatkową opłatę za znalezienie odpowiedniego kandydata. Kolejnymi kosztami są koszty związane z wprowadzeniem do pracy nowego pracownika, zapewnieniem mu systemu szkoleń, badań lekarskich itp. Dochodzą do tego zaburzenia relacji interpersonalnych osób poprzednio mobbowanych z klientami organizacji. W przypadku, gdy taka osoba miała do czynienia z klientami, nowy pracownik może się spotkać ze złymi wspomnieniami z ich strony co do efektywności pracy firmy, ale również może mu się nie udać podtrzymanie dalszej z nimi współpracy. Tym samym może dojść do sytuacji utraty przez firmę kolejnych środków finansowych [7]. Istotnymi kosztami są także koszty, wynikające z procesów sądowych i odszkodowań, w przypadku udowodnienia faktu zaistnienia mobbingu i bezpodstawnego zwolnienia.

Inną poważną konsekwencją jest naruszenie lub zmiana publicznego wizerunku firmy, gdyż osoby pokrzywdzone przekazują osobom z poza miejsca pracy informacje o złym traktowaniu ze strony środowiska organizacji. Jest to zazwyczaj obraz wpływający negatywnie na jej wizerunek inaczej kreowany przez działania marketingowe.

Działania mobbingowe oraz klimat zastraszania powodują także bierność reszty pracowników, rutynę, często strach, schematyzm myślenia i działania, brak kreatywności czy alternatywnych pomysłów, projektów w celach poszerzenia oferty organizacji i zwiększenia jej konkurencyjności na rynku, co przekłada się na efekty uzyskiwane przez nią.

Konsekwencją występowania mobbingu w organizacji jest również obniżenie się wydajności i efektywności kadry kierowniczej, zajętej stosowaniem mobbingu, a nie strategicznym myśleniem o rozwoju, polepszaniu sytuacji i wykorzystywaniu posiadanego zasobu pracy.

Oprócz kosztów ponoszonych przez samą organizację, należy wskazać również koszty, które ponosi całe społeczeństwo, a mianowicie na terapię lecznicze i kuracje rehabilitacyjne. Funkcjonowanie jednostki w uwarunkowaniach gospodarki rynkowej ukierunkowane jest na wyniki w życiu osobistym, zawodowym, na presję czasu i konieczność organizacji pracy na wielu poziomach. Jeśli zostaje zburzony któryś z poziomów, wówczas dochodzi do zagrożenia swobody jednostki, jej najbliższego otoczenia i ma to swoje przełożenie na ogólną sytuację społeczno-ekonomiczną. Wielość takich przypadków może doprowadzić do pogłębienia się problemów społecznych, jak np. bezrobocie, a podatki na cele np. socjalne, zostają spożytkowane przez państwo na pokrycie stale rosnących kosztów leczenia ofiar doświadczonych mobbingiem [5]. Nie można także zapominać, iż zły stan zdrowia ofiary oraz pogorszenie warunków pracy wpływa negatywnie na życie rodzinne poszkodowanego. Osoba, która uległa mobbingowi, często jest przewrażliwiona, zastraszona, boi się mówić o swoich problemach, co niesie za sobą występowanie napięć i sytuacji konfliktowych odrađowywanych na domownikach.

Sposoby przeciwdziałania mobbingowi

W sytuacji wystąpienia mobbingu, dużą rolę odgrywa właściwa analiza tego zjawiska i ocena możliwości jego poprawienia. Ucieczka przykładowo oznacza jedynie pozbycie się nieprzyjemnych doznań z danego miejsca pracy, ale nie uczy jak postępować w takich sytuacjach. Zamiast zmieniać miejsce pracy, warto się zastanowić nad możliwością obrony i zastosowania odpowiednich środków na przeciwdziałanie mobbingowi. Przeciwdziałanie to opiera się jednak na kilku płaszczyznach. Nie tylko ofiara, ale i pracodawca, któremu zależy na jak najlepszym funkcjonowaniu organizacji powinni mieć wiedzę na temat sposobów radzenia sobie lub w swoim środowisku pracowniczym z występowaniem tego zjawiska.

Charakteryzując różne sposoby radzenia sobie z mobbingiem można podzielić je następująco:

- przeciwdziałanie ze strony zakładu pracy
- przeciwdziałanie ze strony pracodawcy
- przeciwdziałanie ze strony ofiary.

Zakład pracy to miejsce, w którym człowiek często spędza połowę swojego życia. Dlatego też każda tego typu organizacja powinna zadbać, aby jej zasoby ludzkie miały możliwość ciągłego samodoskonalenia się, doksztalcania, zdobywania nowych umiejętności, ale również, aby jak najlepiej funkcjonowały pod kątem relacji międzygrupowych. Stąd też jednoznaczna i umotywowana filozofia organizacji jest niezbędnym czynnikiem warunkującym jej prawidłowe funkcjonowanie. Do najważniejszych kryteriów owej filozofii powinno zatem należeć:

- określenie norm i wartości odnoszących się do zachowania na szczeblu zarówno kadry zarządzającej, jak i grupy pracowniczej
- sprecyzowanie celów organizacji oraz misji jej działalności
- podkreślanie wagi zasobów ludzkich jako nierozłącznej części organizacji [8].

Kreowanie odpowiedniego środowiska miejsca pracy wiąże się z właściwym stylem kierowania, co skutecznie utrudnia występowanie zjawiska mobbingu. Styl ten bowiem w dużej mierze odzwierciedla relacje między przełożonymi a pracownikami, a tym samym jest wyznacznikiem właściwych relacji w grupach pracowniczych. Jednym ze sposobów przeciwdziałania mobbingowi w miejscu pracy jest stworzenie przez zakład firmowej skrzynki informacyjnej, czyli instytucji, która mogłaby uwrażliwiać pracowników, wyjaśniać kwestie związane z powstawaniem i skutkami różnych form prześladowania, jak również pełnić funkcję szkoleniową, poprzez wdrażanie projektów doksztalających zarówno dla kadry kierowniczej, jak grup pracowniczych. W zakresie jej funkcjonowania znajdowałyby się szkolenia z zakresu prawidłowego stylu kierowania, polubownego rozwiązywania konfliktów, a także szkolenia pracownicze w dziedzinie komunikacji i radzenia sobie ze stresem [8]. Komórka taka mogłaby na bieżąco rozwiązywać problemy interpersonalne, doradzać pod kątem prawnym oraz ograniczać eskalację konfliktów w organizacji.

Szczególną formą profilaktyki antymobbingowej, są również umowy zawierane z pracownikami przez kierownictwo czy też rady zakładowe. Dzięki temu każdy z pracowników, od momentu podjęcia pracy, ma świadomość wagi jaką niesie za sobą podpisana obustronnie umowa. Jest to dokument, który ma na celu wyeliminowanie powstawania mobbingu i niszczących jego skutków. Powinien on zawierać takie informacje, jak:

- definicję mobbingu, oraz umiejętność odróżnienia go od innych zjawisk, w tym sporadycznych konfliktów
- wyliczenie konsekwencji zgodnych z Kodeksem pracy, które mogą zostać wyciągnięte w przypadku dowiedzenia wystąpienia zjawiska mobbingu
- instrukcję o postępowaniu w przypadku długotrwałego nękania
- wskazanie różnych możliwości składania skarg, zażaleń czy doniesień
- wprowadzenie przez zakład pracy środków obrony pracowników, w tym informacji o szkoleniach, komórkach doradczych
- okres obowiązywania oraz informację, kogo obowiązuje niniejsza umowa [8].

Rolą zakładu pracy jest więc jak najskuteczniejsze informowanie pracowników oraz jak najwcześniejsze wykrywanie działań patologicznych, w tym stosowanie odpowiednich sankcji, jako że atmosfera pracy pogarsza się w bardzo krótkim czasie od wystąpienia mobbingu i jednym z możliwych rozwiązań w tym zakresie jest szybka interwencja. Prześladowcy powinni mieć świadomość, że udowodnienie im stosowania mobbingu może nieść nie tylko skutki związane ze zwolnieniem dyscyplinarnym, ale również poniesienia kosztów procesu oraz zadośćuczynienia w formie odszkodowania.

Obowiązkiem każdego pracodawcy jest przeciwdziałanie występowaniu zjawiska mobbingu ze względu na koszty jakie ponosi firma. Efektywność pracowników i ich samozadowolenie to możliwość prawidłowego realizowania postawionych przez organizację celów oraz osiągnięcia sukcesu rynkowego. Dlatego też dobrą radą dla każdego pracodawcy jest określenie zakresu obowiązków każdego z pracowników, a więc udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

- jaki jest realizowany cel danego stanowiska?
- jakie wymagania są nałożone na pracownika obejmującego dane stanowisko?
- kto jest bezpośrednim przełożonym?
- kto należy do grona podległych pracowników i jaki zakres obowiązków ma przydzielony każdy z nich?
- w jaki sposób funkcjonuje wprowadzanie założeń?
- jaki jest dokładny opis obowiązków realizowanych na danym stanowisku i co należy do zadań specjalnych wymaganych w pewnych okolicznościach? [8].

Ważną kwestią jest także informowanie pracowników, np. o zmianie stanowiska kogoś z nich lub

wprowadzeniu nowej osoby, skupiając się na ich ewentualnych obawach co do zagrożenia utratą dotychczasowej pracy lub zmianach w warunkach zatrudnienia.

Najczęściej wykorzystywaną strategią w celu poprawy relacji interpersonalnych w organizacji jest podjęcie rozmowy z pracownikami. Możliwie wczesne rozpoznanie problemu, rozmowy ze współpracownikami i przełożonymi, czyli szukanie wsparcia, mogą być jedynym sposobem na rozwiązanie konfliktu. Kadra zarządzająca powinna również opracować (lub zlecić to zadanie odpowiednim działom) program działań antymobbingowych, który uwzględniłby charakter organizacji, podnosił kwalifikacje kadr zarządzających w zakresie kierowania konfliktami pracowniczymi, a także promował etyczne zachowanie. Chodzi tu w szczególności o propagowanie dobrych wzorców i potępienie nieetycznych zachowań.

Równie istotną kwestią, jest obserwowanie środowiska pracowniczego i zwracanie uwagi na występujące w nim nieprawidłowości. Pozyskanie odpowiednich informacji, może pomóc w odpowiednio szybkiej interwencji w przypadku pojawiania się niepokojących zjawisk. Główne przesłanki mogące świadczyć o pojawieniu się problemu mobbingu mogą się przejawiać jako:

- spadek jakości i efektywności pracy
- częste zwolnienia chorobowe oraz wizyty lekarskie w godzinach pracy
- niedoinformowanie ofiary ze strony kolegów, traktowane przez nich jako działanie „niezamierzone”
- rozpad grup powołanych do konkretnych zadań
- spadek gotowości do podejmowania nowych projektów, dodatkowych zajęć
- widoczne izolowanie pracownika przez grupę
- nieprzyjemna atmosfera w miejscu pracy
- kontrolowanie się przez pracowników i donoszenie pracodawcy o popełnianych błędach
- nie powstrzymywanie się od osobistej, sarkastycznej i często nie mającej przełożenia w rzeczywistości krytyki w stosunku do ofiary
- konflikty dotyczące zakresu obowiązków i kompetencji pracowników
- publiczne ośmieszanie i pomówienia [8].

W takich sytuacjach zadaniem przełożonego jest zapewnienie możliwie jak najlepszej integracji wewnątrzgrupowej, traktowanie poważne skarg i zażaleń, podejmowanie dyskusji z pracownikami o nurtujących ich sytuacjach, współpraca przy szukaniu rozwiązań dotyczących realizacji projektów oraz dostarczanie kierownictwu informacji dotyczących zagrożenia mobbingiem w miejscu pracy.

Ofiara mobbingu nie jest pozbawiona szans na obronę. Musi mieć świadomość swoich praw oraz zachowań, pozwalających na uniknięcie ataków i różnych form manipulacji. Istnieją pewne kwestie, które warto rozważyć, w przypadku stawiania się ofiarą mobbingu:

- rozpoznanie swojej obecnej sytuacji, dokładna analiza

- rozpoznanie swojej „pięty achillesowej” i próba zmiany swojego zachowania
- uruchomienie sieci kontaktów celem uzyskania obiektywnych opinii
- rozmowa z prześladowcą o jego niepokojących zachowaniach
- zastanowienie się nad opłacalnością eskalacji konfliktu
- nie odsłanianie się na ataki
- poszanowanie zasad panujących w grupie
- umiejętne odpieranie ataków personalnych
- w ostateczności wkroczenie na drogę sądową [8].

Uwzględniając możliwości zarówno ofiary jak i prześladowcy, można wyróżnić kilka etapów radzenia sobie z mobbingiem:

1. Etap perswazyjny – to moment, który zaczyna być najbardziej uciążliwy dla pracownika, w związku z czym powinien on przede wszystkim podjąć rozmowę z prześladowcą, celem wyjaśnienia swoich obiekcji, opierając się jednak na faktach i zauważonych niepokojących sytuacjach. Taka rozmowa nie jest łatwa, zwłaszcza jeśli mobbing występuje w działaniach odgórnych (jest stosowany przez przełożonego), a jego intencje i zamierzenia nie są dokładnie znane.

2. Etap informacyjny – na tym etapie, ofiara mająca informacje na temat tego zjawiska i konsekwencji zarówno jednostkowych, prawnych, jak i całościowych, w odniesieniu do całej organizacji, powinna powiadomić sprawcę działań mobbingowych o swoich wątpliwościach. Stanowisko pracownika powinno dać mu do zrozumienia, iż nie jest on biernym obserwatorem, a czuje się pokrzywdzonym w sprawie. Znajomość prawa jest tym bardziej wskazana, że sprawca będzie próbował wyprzeć się zarzutów, toteż jasno sprecyzowany opis danej sytuacji jest często nie do podważenia. Warto również na tym etapie poinformować otoczenie o zaistniałym problemie, aby stał się on dla wszystkich jawny i aby wyrzucić na sprawcy poczucie presji.

3. Etap postępowania sprawcy – jest to etap w którym sprawca powinien wyjaśnić sytuację, przywracając zdrową atmosferę w miejscu pracy. Jeśli została dodatkowo poinformowana np. zakładowa komórka związkowa, czy Państwowa Inspekcja Pracy, należy się spodziewać szybkich reakcji osoby posądzonej o mobbing, zwłaszcza jeśli jest to pracownik zajmujący podobne lub równorzędne stanowisko i dużej skuteczności podjętych działań.

4. Etap postępowania pozasądowego – czas, w którym zostaje powołana komisja pojednawcza lub mediator w celu opracowania kompromisu między stronami, czyli sprawcą a ofiarą.

5. Etap sądowego dochodzenia roszczeń – jest to moment, w którym pracownik nie widząc innej drogi rozwiązania konfliktu, składa pozew do sądu pracy lub sądu cywilnego. Niestety na tym etapie ofiara często doświadcza ponownej traumy, ze względu na konfrontację ze świadkami i prześladowcą [9].

Podsumowanie

W organizacjach, w których występuje zjawisko mobbingu, należy zadbać przede wszystkim o właściwy styl zarządzania, w którym jasno i precyzyjnie określone są cele oraz prowadzona jest odpowiednia polityka rekrutacyjna, szkoleniowa i informacyjno-doradcza. Pracownicy muszą mieć świadomość zagrożeń, jakie płyną z sytuacji konfliktowych, o dużym natężeniu stresu, a rolą odpowiedzialnej organizacji jest zapewnienie im jak najlepszych warunków. Tylko bowiem organizacje z jasnym i wyraźnym podziałem ról i obowiązków pracowników, precyzyjnym systemem określania jakości wykonywanej pracy oraz zasad premiowania, nie są narażone na występowanie działań mających znamiona mobbingu.

Mobbing w świetle norm etycznych i przyjętych wzorców wymaga jednoznacznego potępienia, gdyż jest to niewątpliwie zjawisko godzące w podstawowe prawa jednostki oraz jej indywidualny system wartości. Polityka antymobbingowa pozwala na zachowanie źródeł stabilności, przyczynia się do sukcesu organizacji, silnych więzi interpersonalnych oraz utrzymania atmosfery sprzyjającej osiągnięciu jak najlepszych wyników pracy.

PIŚMIENNICTWO

1. Bugdol M., Gry i zachowania nieetyczne w organizacji, Warszawa 2007.
2. Brus J., Europejska Fundacja Poprawy Warunków Życia i Pracy, w: Agencje Unii Europejskiej, red. A. Dumala, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa 2002.
3. Marciniak J., Przeciwdziałanie mobbingowi w miejscu pracy, Warszawa 2008.
4. Stelmach W., Ciemne strony kierowania, Warszawa 2001.
5. Bechowska-Gebhardt A., Stalewski T., Mobbing. Patologia zarządzania personelem, Warszawa 2004.
6. Kmieciak-Baran K., Rybicki J., Mobbing zagrożenie współczesnego miejsca pracy, Gdańsk 2003.
7. Dąbrowska-Kaczorek M., Banasik P., Jak wygrać z mobbingiem, Gdańsk 2004.
8. Kratz H.J., Mobbing. Rozpoznawanie, reagowanie, zapobieganie, Gliwice 2007.
9. Kisiel-Dorochnicki W., Antymobbing. Walcz o swoje prawa w miejscu pracy, Gliwice 2009.

Adres do korespondencji:

Jan Nowomiejski
jnowomiejski@op.pl
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

KRYTYCZNY PRZEGLĄD KONCEPCJI ZARZĄDZANIA STRESEM W PRACY W PERSPEKTYWIE EUROPEJSKIEJ

A CRITICAL REVIEW OF APPROACHES TO WORK STRESS PREVENTION AT WORKPLACE IN A EUROPEAN PERSPECTIVE

PIOTR CZAJKA, ANNA FRANKOWSKA

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Zamierzeniem autorów jest prezentacja koncepcji zarządzania stresem w pracy w perspektywie wybranych krajów Unii Europejskiej. Dodatkowo twórcy pracy pokusili się o zwięzłe podsumowanie istniejących podejść do zagadnienia, wyjaśnienia źródeł inspiracji, przesłanek naukowych a w konsekwencji rozwoju standardów.

Słowa kluczowe: stres, zarządzanie, unia europejska.

Summary

The authors' intention is to present the concept of stress management at work in the perspective of selected countries of the European Union. In addition, the authors present a concise summary of the existing approaches to the problem, explain sources of inspiration, scientific evidence and consequently the development of standards.

Key words: stress, management, European Union

Wstęp

Stres zgodnie z definicją przytaczaną przez George D. Bishop to transakcja zachodząca między jednostką a otoczeniem, obejmująca ocenę stawianych przez daną sytuację wyzwań oraz sposobów radzenia sobie z nią, a także fizjologiczne i psychologiczne reakcje na tak oceniane wyzwania.

Podejście do zjawiska stresu zorientowane na proces kładzie nacisk na fizjologiczne i psychologiczne skutki danego zdarzenia wywołującego sytuację stresową oraz na okoliczności i odbiór przez jednostkę tych zdarzeń [1].

Istotną zatem w sytuacji stresowej jest odpowiednia ocena sytuacji i znaczenie jej dla jednostki oraz szybkie poszukiwanie zasobów pomagających w radzeniu sobie z nią. Proces ten, jego przebieg i wynik, jest ważnym wyznacznikiem określającym poziom doznanego stresu i charakter emocjonalnych reakcji na stres. Bishop dzieli ocenę na pierwotną, która jest oceną stricte samego zagrożenia i wtórną przetransponowaną na ocenę konkretnych zasobów, metod radzenia sobie w sytuacji stresowej. Czasem zdarza się tak, że w przypadku wystąpienia podobnej sytuacji stresowej w okresie późniejszym dochodzi do oceny powtórnej, której efektem może być zakwalifikowanie danej sytuacji do grupy wyzwań a nie stresorów.

Radzenie sobie ze stresem, czyli wysiłki poznawcze i behawioralne podejmowane w obronie przed sytuacją stresu obejmują szereg zachowań. Dobór konkretnej strategii, metody bądź techniki zależy między innymi od

etapu poprzedniego, czyli od oceny sytuacji oraz od indywidualnej charakterystyki osoby poddanej sytuacji stresowej [1].

W ostatnich latach liczne organizacje międzynarodowe podjęły wysiłek prowadzący do wzrostu świadomości w zakresie zagrożeń psychospołecznych i stresu związanego z pracą. Przedstawiciele władz, decydenci, osoby odpowiedzialne za tworzenie polityki podjęły również działania w zakresie tworzenia dokumentów strategicznych, opracowań czy przepisów rządowych dotyczących omawianej problematyki, a które są przedmiotem niniejszej publikacji.

Przed przystąpieniem do przygotowania planu wdrożenia omawianych strategii istotne było zidentyfikowanie szeregu wyzwań, problemów wymagających rozwiązania przed właściwą implementacją pełnoprawnych norm. Należą do nich przede wszystkim kwestie:

- definicji normy, jej zakresu (proces zarządzania, oczekiwane rezultaty)
- standaryzacji możliwe do osiągnięcia przez wielu różnych pracodawców
- opracowanie taksonomii dla kluczowych czynników stresogennych i wzajemnych relacji między nimi
- procesu opracowywania norm przy współdziałaniu stron zainteresowanych
- mechanizmów za pomocą których organizacje mogą mierzyć osiągnięte wyniki.

Celem artykułu nie jest omówienie wszystkich przypadków literaturowych wskazujących problem, lecz krytycznym przeglądem wybranych jego aspektów.

ISO 10075

Stres psychiczny definiowany jest w tej normie jako suma wszystkich możliwych do oszacowania wpływów oddziałujących na człowieka, pochodzących ze źródeł zewnętrznych i działających na jego psychikę. Ograniczenie definicji terminu do czynników zewnętrznych jest oparte na założeniu celowości wpływu, pozostawiając kwestie indywidualne poza obszarem zainteresowania. Norma definiuje także tzw. strain czyli bezpośredni efekt stresu na jednostkę uzależniony od jej indywidualnych przyzwyczajęń i aktualnych warunków włączając indywidualne sposoby radzenia sobie ze stresem.

Norma podzielona jest na 3 części, z których pierwsza opisuje model stresu-strain oraz definiuje pojęcia w nim zawarte, druga zawiera wskazówki odnośnie projektowania systemów pracy w zakresie zadań, narzędzi i warunków pracy pod kątem optymalizacji obciążenia psychicznego pracą. Trzecia część poświęcona jest zagadnieniom pomiaru i oceny obciążenia psychicznego pracą.

Jednym z podstawowych problemów normy jest brak jednoznacznej definicji obciążenia psychicznego pracą. Pomimo iż norma nie daje nam gotowych rozwiązań, nie definiuje narzędzi do bezpośredniego wykorzystania, to zdecydowanie upraszcza kwestie zrozumienia obciążeń pracą umysłową podając czytelnikowi holistyczne definicje które będą podstawą dalszych rozważań [2].

Belgia – strategia SOBANE

SOBANE to strategia zapobiegania ryzyku obejmująca cztery poziomy interwencji: poziom 1 – przesiewanie (screening), poziom 2 – obserwacja, poziom 3 – analizy i poziom 4 – ekspertyzy. Sposoby umożliwiające zastosowanie tej strategii opracowano dla 14 rodzajów czynników ryzyka.

Na pierwszym poziomie kontroli identyfikuje się problem z punktu widzenia procesu pracy (w tym przypadku stres). Zidentyfikowane zagrożenie, jest w pełnej rozciągłości, omawiane, identyfikowane i sprawdzane podczas 2-godzinnego spotkania pomiędzy dwoma do pięcioma reprezentantami pracowników a managerami. Ten poziom badań przesiewowych winien prowadzić bezpośrednio do rozwiązań prostych o ekonomizacyjnym charakterze i istotnie przyczyniających się do edukacji partnerów w przyjmowaniu lepszych procedur świadczenia pracy.

Na drugim poziomie działania, tj. obserwacji, dla każdego zidentyfikowanego na poziomie badań przesiewowych aspektu prowadzona jest pogłębiona, bardziej szczegółowa dyskusja ponownie pomiędzy pracownikami a przełożonymi odpowiedzialnymi za ich techniczne wsparcie tak, aby doprecyzować mechanizmy i środki kontroli. Metoda obserwacyjna stanowi swoiste przedłużenie dyskusji zainicjowanej na poziomie badań przesiewowych, aby przejść dalej, głębiej ku sednu, bądź bardziej obrazowo – korzeniom określonego problemu.

Na tym etapie nie odnosi się w żaden sposób do metod pomiarów czy szukania możliwie najlepszych rozwiązań sytuacji w ogóle. Na koniec spotkania, grupa podsumowuje proponowane działania kontrolne, ocenia jakościowo pozostałe ryzyka i decyduje czy prowadzić dochodzenia na kolejnym szczeblu – analizy strategii.

Na trzecim omawianym poziomie, niezbędna staje się pomoc specjalisty ds. bezpieczeństwa i pracy, który prowadzi wszelkie niezbędne, profesjonalne i bardziej szczegółowe (a co za tym idzie kosztowne) techniki analizy. Ponownie wcześniej utworzona grupa robocza przy współuczestniczeniu specjalisty ds. BHP jest zapraszana do poszukiwania bardziej ‘wyszukanych’ środków zapobiegawczych, oceny skuteczności tych środków oraz oszacowania ryzyka rezydualnego.

Jeżeli takie podejście nie jest możliwe do zrealizowania lub gdy ryzyko, jego poziom nadal pozostaje nie do przyjęcia, niezbędne jest przejście na czwarty etap prowadzenia działań związany z zatrudnieniem zewnętrznego eksperta.

Ostatecznie z pomocą eksperta mogą być wykonywane pomiary w celu określenia konkretnych problemów tak, aby znaleźć optymalne rozwiązania lub kwantyfikatory ryzyka rezydualnego.

Celem strategii jest zmniejszenie roli profesjonalistów ds. bezpieczeństwa i higieny pracy. Chodzi o optymalizację korzystania z ich wiedzy i umiejętności – stopniowo, rozważnie, tylko w razie potrzeby, w celu określenia odpowiednich środków kontroli. Strategia ta również w sposób specyficzny rozpoznaje potencjał pracowników, zatrudnianych technicznych specjalistów do identyfikacji i wdrożenia środków kontroli. Koordynacja wysiłków pracowników zaangażowanych w projekt powinna prowadzić do identyfikowania środków zapobiegawczych szybciej, skuteczniej i ekonomicznie efektywniej [3].

Niemcy – procedura START

Procedura START ma na celu umożliwienie wszystkim zainteresowanym osobom zaangażowanym w środowisko pracy obiektywną ocenę stresu psychologicznego w miejscu pracy, która powinna stanowić przyczynek do prowadzenia dalszych, pogłębionych badań i analiz. Ocena ryzyka ma na celu niwelowanie stresu oraz poprawę poziomu zdrowia pracowników dla poprawy wydajności i płynności realizacji zadań firmy, w tym organizacji świadczących usługi medyczne. Omawiany proces przyjmuje postać prewencyjną tzn. ma zapewnić takie skonfigurowanie procesu pracy, aby wyeliminować potencjalne negatywne ryzyka zdrowotne.

Jako preludeum do istniejących bieżących programów poprawy, proces START umożliwia jego użytkownikom czerpanie praktycznych wskazówek mające na celu rozwiązywanie zadanych sytuacji w ich miejscu pracy, które następnie można udokumentować w kolekcji scenariuszy – case study.

Podręcznik procedury wyjaśnia cykliczny ciąg oceny ryzyka tworząc podstawę do modelowania nowoczesnych i higienicznych strategii bezpieczeństwa pracy według następujących czynności:

- informacja i udział pracowników (szkolenia)
- identyfikacja ryzyka w miejscu pracy (za pomocą ankiet i List kontrolnych na miejscu analizy)
- ocena ryzyka
- wyprowadzenie i realizacja działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy
- dokumentacja wyników
- monitorowanie skuteczności zaimplementowanych środków
- powtórzenie w regularnych odstępach czasu (w razie potrzeby).

Procedura START umożliwia uczestniczenie pracowników w identyfikacji, ocenie i wdrażaniu środków zapobiegawczych, a tym samym bezpośredni wpływ na decyzje organów zarządczych firmy. Pracownicy dostarczają wstępnych informacji i udzielają się w całym procesie oceny ryzyka. Obejmuje to następujące czynności:

- szkolenia w ramach przygotowań do oceny ryzyka
- wypełnienie kwestionariusza; pracownicy powinni odnieść się także do tematów, zagadnień, których nie poruszono w kwestionariuszu
- włączenie pracowników do zespołu oceniającego celem doprecyzowania konkretnych pytań
- implementacja środków zaradczych.

W omawianej strategii poszczególne obszary świadczenia pracy analizowane są od największych do najmniejszych. Na początek bierze się pod uwagę samo środowisko pracy, następnie bezpośredni obszar pracy tak, aby ostatecznie skupić się na aktywności, działaniu samym w sobie (pojedynczej czynności). Tak więc wyniki uzyskuje się w poszczególnych obszarach. Konkluzją winny być wnioski o potencjalnych stresorach dla pracownika. Wnioski te mogą być wykorzystywane do wdrażania środków ograniczających lub eliminujących stres na stanowisku pracy [4].

Włochy – model INAIL ISPEL

W celu zapewnienia praktycznego narzędzia do oceny stresu związanego z pracą, INAIL-ISPEL grupa badawcza przeprowadziła analizę porównawczą różnych modeli zarządzania problemami stresu pracy przyjętymi przez kraje UE.

Ten model wybrało do zastosowania i wdrożenia standardów zarządzania stresem w pracy włoskie Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych. Stwierdzono, że ocena stresu musi być podzielona na dwa etapy. Wstępny, w którym parametry obiektywne należy uznać, jako odnoszące się do trzech różnych obszarów:

- zdarzenia, takie jak: stopień wypadkowości, zwolnienie chorobowe, fluktuacja kadr, procedury i sank-

cji, raporty lekarzy medycyny pracy czy skargi składane bezpośrednio przez pracowników

- czynniki pracy, takie jak: środowisko pracy i sprzęt, obciążenia, godziny pracy i jej zmienność; dopasowanie umiejętności pracowników i wymaganych kwalifikacji zawodowych
- czynniki kontekstowe pracy, takie jak: rola w organizacji, autonomia podejmowania decyzji i kontroli, konflikty interpersonalne w pracy, rozwój kariery zawodowej, komunikacja.

Jeśli wstępna ocena nie dostarcza dowodów na stres związany z pracą pracodawca ma jedynie obowiązek udokumentować powyższe w raporcie oceny ryzyka i przedstawić plan monitorowania. W przypadku wystąpienia okoliczności prowokujących powstanie stresu konieczne jest zaplanowanie i wdrożenie odpowiednich działań naprawczych. Jeżeli takowe są nieskuteczne, ocena powinna być kontynuowana w procesie ewaluacji. Szczegółowa analiza obejmuje ocenę subiektywnych percepcji pracowników poprzez ankiety, grupy fokusowe i semi-strukturyzowane wywiady. Faza ta odnosi się do jednorodnych grup pracowników dotkniętych zdiagnozowanym problemem.

INAIL-ISPEL Model składa się z następujących etapów:

1) faza przygotowawcza: ten etap, przed oceną, jest przygotowaniem kluczowych elementów całego procesu ewaluacji (utworzeniem grupy ds. oceny stresu, opracowaniem strategii komunikacji i zaangażowania pracowników, rozwojem planu oceny ryzyka);

2) wstępna ocena: grupa badawcza proponuje listę kontrolną, aby ocenić trzy obszary wskaźników: zdarzenia (10 wskaźników); czynniki pracy (4 wskaźniki) i czynniki kontekstowe pracy (6 wskaźników). Każdemu wskaźnikowi przypisany jest wynik, który przyczynia się do ogólnego wyniku tego obszaru. Oceny z powyższych części dodaje określając w ten sposób poziom ryzyka. Jeżeli poziom ryzyka jest niski, proces oceny stresu jest zakończony, jeżeli ryzyko przybiera wyniki w przedziale średnie lub wysokie, konieczne jest przeprowadzenie działań naprawczych (np. organizacyjnych, technicznych, proceduralnych, komunikacyjnych czy też o charakterze szkoleniowym).

Jeżeli opisane powyżej działania są nieskuteczne z punktu widzenia monitoringu prowadzone przy pomocy checklist, tj. list kontrolnych konieczne jest wdrożenie trzeciego etapu obejmującego szczegółowe oceny subiektywnych percepcji indywidualnych pracowników [4].

Podsumowanie

Ogólnie rzecz biorąc, strategie zarządzania stresem, poza wykorzystywaniem standardów i algorytmicznych działań, powinny być oparte i stosowane w odniesieniu do populacji pracujących (środowisk pracy) niż bycia skupionymi na identyfikowaniu i „leczeniu” ryzyka indywidualnego, szczególnie tego o wysokim współczynnikiem. Jednakże zaznaczyć należy, iż sytuacją idealną

byłoby synergiczne zastosowanie jednych i drugich na poziomie organizacji.

Stosowanie strategii populacyjnych winno być połączone z „opieką” nad indywidualnym pracownikiem i daniem mu możliwości rozwoju indywidualnych strategii redukcji stresu, np. w postaci anonimowych konsultacji specjalistycznych. Strategie populacyjne powinny kontrolować determinanty występowania negatywnych zjawisk o charakterze stresowym w celu obniżenia ich średniego poziomu, czynników ryzyka oraz kierunkowania pracowników od stanu rzeczywistego do pożądanego.

Nieuchronnym zjawiskiem jest konieczność rzeczywistego wykorzystania standardów zarządzania stresem dostosowanych do potrzeb poszczególnych użytkowników i miejsc pracy, a wymóg ten wbudowany jest w codzienność radzenia sobie z problemem.

Zastosowanie opisywanych podejść pozwala podmiotom świadczącym usługi medyczne na określenie ich aktualnej wydajności w całym zakresie norm i tym samym ustalenie priorytetów, a także umożliwia ponowną ocenę po interwencji.

Autorzy przyjęli założenie, iż podejście obudowane standardami zarządzania jest właściwym do zwalczania stresu związanego z pracą, a ryzyko związane z brakiem identyfikacji wszystkich potencjalnie niebezpiecznych aspektów środowiska pracy mogą być uwidaczniane przez połączenie ugruntowanych metod zarządzania ryzykiem przystosowanych do psychospołecznego środowiska pracy oraz łączone z nowoczesnymi metodami zarządzania zasobami ludzkimi [5].

PIŚMIENNICTWO

1. Bishop G.D., Psychologia zdrowia, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
2. Nachreiner F., International standards on mental workload--the ISO 10075 serie., *Ind. Health*, 1999, 37(2).
3. Malchaire J., Piette A., The SOBANE strategy for the management of risk, as applied to whole-body or hand-arm vibration, *Ann. Occup. Hyg.*, 2006, 50(4).
4. Zoni S., Lucchini R.G., European approaches to work-related stress: a critical review on risk evaluation, *Saf. Health Work*, 2012, 3(1).
5. Colin J., Cousins R., Kelly P., Management Standards' and work-related stress in the UK: Policy background and science, *Work & Stress*, 2004, 18, 2.

Adres do korespondencji:

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

ZATRUDNIENIE W PODMIOTACH LECZNICZYCH PRACOWNIKÓW WYKONUJĄCYCH ZAWÓD MEDYCZNY

EMPLOYMENT OF MEDICAL WORKERS IN COMPANIES MEDICAL PROFESSIONALS

ELŻBIETA PRUSSAK

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Katedra Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Problematyka zatrudnienia pracowników w podmiotach leczniczych pozostaje niezmiennie od wielu lat w świetle zainteresowania dyrektorów placówek, lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, rehabilitantów, techników rtg, laborantów (oraz innych osób wykonujących zawód medyczny), jak również płatnika świadczeń medycznych – NFZ. Szczególny charakter pracy przekłada się na zróżnicowane formy zatrudnienia, znajdujące uzasadnienie w regulacjach prawa krajowego oraz unijnego. Sposoby zatrudnienia wynikają z zapisów ustawy o działalności leczniczej, kodeksu pracy oraz wymogów płatnika świadczeń medycznych. Znaczącym czynnikiem determinującym wybór formy zatrudnienia pozostaje niedobór specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny. Celem pracy jest przedstawienie sytuacji prawnej pracowników sektora ochrony zdrowia oraz próba zdefiniowania obszarów wymagających zmian.

Słowa kluczowe: pracownik medyczny, BHP, inspekcja pracy.

Summary

The issue of employment in medical entities remains unchanged for many years in the light of the interest of directors of doctors, nurses, midwives, paramedics, physiotherapists, X-ray technicians, laboratory technicians (and other medical professionals) as well as the payer of medical services – NFZ. The special nature of the work is reflected in the varied forms of employment, that are grounded in national laws and regulations of the EU. Ways to result from the employment of the Act on the drug, the Labour Code and the requirements of the payer of medical services. An important factor determining the choice of the form of employment is a shortage of specialists from various fields of medicine. Aim of this study is to present the legal situation of workers in the health sector and attempt to define areas in need of change.

Key words: employee medical, health and safety, labor inspection.

Podstawowe regulacje prawne w zakresie zatrudnienia pracowników medycznych

Aktem zasadniczym jest ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U z 2011 nr 112 poz. 654 ze zm.), która określa zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych, zasady prowadzenia działalności leczniczej w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, wskazuje podmioty lecznicze o charakterze szczególnym (np. jednostki służby więziennej, podmioty lecznicze utworzone przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności, podmioty lecznicze w formie jednostki budżetowej powołane przez Ministra Obrony Narodowej, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego), reguluje działalność leczniczą obejmującą działalność dydaktyczną i badawczą powiązaną z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, określa sposób prowadzenia rejestru podmiotów leczniczych, zasady nadzoru i przeprowadzania kontroli oraz szczegółowo opisuje czas pracy osób zatrudnionych w podmiotach udzielających świadczeń medycznych.

Kolejnym aktem prawnym mającym zastosowanie m.in. dla pracowników medycznych jest ustawa kodeks

pracy z 26 czerwca 1974 r. (Dz. U z 1998 nr 21 poz. 94 ze zm.). Kodeks określa prawa i obowiązki pracowników i pracodawców, wskazuje podstawowe zasady prawa pracy, definiuje równe traktowanie w zatrudnieniu, wskazuje zasady sprawowania nadzoru i kontroli przestrzegania prawa pracy, mówi o zasadach nawiązywania stosunku pracy (umowa o pracę, warunki pracowników kierowanych do pracy za granicą, stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę), opisuje zasady wynagradzania za pracę i inne świadczenia związane z pracą, reguluje kwestie świadczeń dla pracowników niezdolnych do pracy (czasowo, odprawy rentowe, emerytalne, pośmiertne), wskazuje obowiązki pracodawcy i pracownika, porusza sprawy dotyczące kwalifikacji zawodowych pracowników, odpowiedzialności pracowników (materiałnej, za wyrządzoną szkodę pracodawcy, odpowiedzialność za mienie powierzone pracownikowi), określa czas pracy (pozostawanie w dyspozycji pracodawcy, normy i ogólny wymiar czasu pracy, okresy odpoczynku, systemy i rozkłady czasu pracy, praca w godzinach nadliczbowych, praca w porze nocnej, praca w niedzielę i święta), określa zasady urlopów pracowniczych (wypo-

czynkowych, bezpłatnych, związanych z rodzicielstwem, zatrudnianiem młodocianych, przygotowaniem zawodowym), reguluje kwestie związane z bezpieczeństwem i higieną pracy (służba BHP, konsultacje BHP, komisja BHP). Kodeks pracy określa obowiązki organów sprawujących nadzór nad przedsiębiorstwami lub innymi jednostkami organizacyjnymi państwowymi lub samorządowymi, reguluje także problemy dotyczące układów zbiorowych (ponadzakładowe układy pracy, zakładowy układ zbiorowy pracy, sposoby rozwiązywania sporów wynikających ze stosunku pracy: działania pojednawcze, sąd pracy), ustawa wskazuje odpowiedzialność za wykroczenia przeciwko prawom pracownika.

Przepisem mającym zastosowanie wśród usługodawców świadczeń medycznych jest także ustawa o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U z 2010 r. nr 220 poz. 1447 ze zm.). Przepis reguluje podejmowanie, wykonywanie i zakończenie działalności gospodarczej w Polsce (Centralna Ewidencja i Informacja o działalności gospodarczej, koncesje i regulowana działalność gospodarcza, kontrola działalności gospodarczej przedsiębiorcy, oddziały i przedstawicielstwa pracodawców zagranicznych, mikroprzedsiębiorcy, mali i średni).

Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U z 2011 r. nr 174 poz. 1049) szczegółowo odnosi się do zasad wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, uzyskiwania prawa wykonywania zawodu (w tym sposobu wykonywania zawodu, tj.: w ramach umowy o pracę, stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej, w ramach wolontariatu, w ramach praktyk zawodowych), kształcenia zawodowego i podyplomowego, prowadzenia rejestru pielęgniarek i położnych, samorządu zawodowego oraz przepisów karnych.

Zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry określa ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U z 1997 r. nr 28 poz. 152 ze zm.). Dokument reguluje także zasady wydawania prawa wykonywania zawodu lekarza, organizację Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, kształcenia podyplomowego (odbywanie stażu, uzyskiwanie tytułu specjalisty, zasady przeprowadzenia Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego). Ustawa omawia kwestie eksperymentu medycznego.

Mając na względzie świadczenie usług medycznych również w ramach wolontariatu istotnym jest zapoznanie się z ustawą z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. nr 234, poz. 1536), która reguluje zasady prowadzenia działalności pożytku publicznego przez organizacje pozarządowe w sferze zadań publicznych oraz współpracy organów administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi; uzyskiwania przez organizacje pozarządowe statusu organizacji pożytku publicznego oraz funkcjonowania organizacji pożytku publicznego; sprawowania nadzoru nad prowadzeniem działalności pożytku publicznego; tworzenia i funkcjonowania rad działalności pożytku publicznego oraz warunki wykonywania świad-

czeń przez wolontariuszy oraz korzystania z tych świadczeń (m.in.: ochrona i promocja zdrowia, działalność na rzecz osób niepełnosprawnych).

Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.) określa m.in. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady finansowania świadczeń, zadania władz publicznych w zakresie równego dostępu do świadczeń, zasady ubezpieczenia zdrowotnego, zasady funkcjonowania i organizację NFZ, postępowanie w sprawie zawierania umów ze świadczeniodawcami.

Stosunki cywilno-prawne między osobami fizycznymi a osobami prawnymi reguluje ustawa z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2011 nr 230 poz. 1370). Przepis m.in. zawiera definicję osoby fizycznej i osoby prawnej, określa znaczenie czynności prawnych oraz ich skutki, przedstawia zasady zawierania umów a także reguluje prawa własności, zobowiązań i spadków. Kodeks cywilny reguluje zawieranie umów cywilnych oraz określa ich rodzaje.

Spośród form zatrudnienia do najczęściej spotykanych w podmiotach leczniczych należą:

- a) umowa o pracę – na okres próbny, na czas nieokreślony, na czas określony oraz na zastępstwo
- b) powołanie, na podstawie stosunku cywilnoprawnego
- c) umowa zlecenie
- d) kontrakty – umowy o udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych
- e) umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
- f) wolontariat.

Institucje odpowiedzialne za nadzór i kontrolę zatrudnienia pracowników medycznych

Institucją odpowiedzialną za nadzór i kontrolę prawa pracy jest Państwowa Inspekcja Pracy. Za nadzór i kontrolę przestrzegania zasad, przepisów higieny pracy i warunków środowiska pracy odpowiada Państwowa Inspekcja Sanitarna. Społeczną kontrolę przestrzegania prawa pracy, w tym przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, sprawuje społeczna inspekcja pracy.

Do podstawowych zadań Państwowej Inspekcji Pracy (wg art. 10 ustawy z 13 kwietnia 2007 r. o państwowej inspekcji pracy) należy:

a) nadzór i kontrola przestrzegania przepisów prawa pracy, w szczególności przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów dotyczących stosunku pracy, wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń wynikających ze stosunku pracy, czasu pracy, urlopów, uprawnień pracowników związanych z rodzicielstwem, zatrudniania młodocianych i osób niepełnosprawnych

b) kontrola legalności zatrudnienia i innej pracy zarobkowej – zgodnie z warunkami określonymi w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008 r. nr 69, poz. 415, z późn. zm.)

c) kontrola legalności zatrudnienia, innej pracy zarobkowej oraz wykonywania pracy przez cudzoziemców

d) podejmowanie działań polegających na zapobieganiu i ograniczaniu zagrożeń w środowisku pracy, a w szczególności: badanie okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz kontrola stosowania środków zapobiegających tym wypadkom, analizowanie przyczyn chorób zawodowych oraz kontrola stosowania środków zapobiegających tym chorobom, inicjowanie prac badawczych w dziedzinie przestrzegania prawa pracy, a w szczególności bezpieczeństwa i higieny pracy, udzielanie porad służących ograniczaniu zagrożeń dla życia i zdrowia pracowników, podejmowanie działań prewencyjnych i promocyjnych zmierzających do zapewnienia przestrzegania prawa pracy; współdziałanie z organami ochrony środowiska w zakresie kontroli przestrzegania przez pracodawców przepisów o przeciwdziałaniu zagrożeniom dla środowiska

e) prawo wnoszenia powództw, a za zgodą osoby zainteresowanej – uczestnictwo w postępowaniu przed sądem pracy, w sprawach o ustalenie istnienia stosunku pracy

f) udzielanie na pisemny wniosek osoby zainteresowanej informacji o minimalnych warunkach zatrudnienia pracowników

g) współpraca z urzędami państw członkowskich Unii Europejskiej odpowiedzialnymi za nadzór nad warunkami pracy i zatrudnienia pracowników, polegająca na: udzielaniu informacji o warunkach zatrudnienia pracowników skierowanych do wykonywania pracy na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej na określony czas, przez pracodawcę mającego siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, informowaniu o stwierdzonych wykroczeniach przeciwko prawom pracowników skierowanych do wykonywania pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na określony czas przez pracodawcę mającego siedzibę w państwie będącym członkiem Unii Europejskiej

h) ściganie wykroczeń przeciwko prawom pracownika określonych w Kodeksie pracy.

Ponadto PIP sprawuje nadzór i kontrolę zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy (wg art. 10 ustawy z 13 kwietnia 2007 r. o państwowej inspekcji pracy):

1) osobom fizycznym wykonującym pracę na innej podstawie niż stosunek pracy oraz osobom wykonującym na własny rachunek działalność gospodarczą w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę lub przedsiębiorcę, niebędącego pracodawcą, na rzecz którego taka praca jest świadczona

2) przez podmioty organizujące pracę wykonywaną przez osoby fizyczne na innej podstawie niż stosunek pracy, w ramach prac społecznie użytecznych

3) osobom przebywającym w zakładach karnych i zakładach poprawczych, wykonującym pracę, a także żołnierzom w służbie czynnej, wykonującym powierzone im prace.

Państwowa Inspekcja Pracy sprawuje także nadzór i kontrolę zapewnienia przez pracodawcę bezpiecznych i higienicznych warunków zajęć odbywanych na jego terenie przez studentów i uczniów niebędących pracownikami.

Podczas kontroli zakładu pracy inspektor pracy ma prawo (wg art. 23 ustawy z 13 kwietnia 2007 r. o państwowej inspekcji pracy) do: swobodnego wstępu na teren oraz do obiektów i pomieszczeń podmiotu kontrolowanego; przeprowadzania oględzin obiektów, pomieszczeń, stanowisk pracy, maszyn i urządzeń oraz przebiegu procesów technologicznych i pracy; żądania od podmiotu kontrolowanego oraz od wszystkich pracowników lub osób, które są lub były zatrudnione, albo które wykonują lub wykonywały pracę na jego rzecz na innej podstawie niż stosunek pracy, w tym osób wykonujących na własny rachunek działalność gospodarczą, a także osób korzystających z usług agencji zatrudnienia, pisemnych i ustnych informacji w sprawach objętych kontrolą oraz wzywania i przesłuchiwania tych osób w związku z przeprowadzaną kontrolą; żądania okazania dokumentów; żądania przedłożenia akt osobowych i wszelkich dokumentów związanych z wykonywaniem pracy przez pracowników lub osoby świadczące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy; zapoznania się z decyzjami wydanymi przez inne organy kontroli i nadzoru nad warunkami pracy oraz ich realizacją; utrwalania przebiegu i wyników oględzin za pomocą aparatury i środków technicznych służących do utrwalania obrazu lub dźwięku; wykonywania niezbędnych dla celów kontroli odpisów lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń sporządzanych na podstawie dokumentów, a w razie potrzeby żądania ich od podmiotu kontrolowanego; sprawdzania tożsamości osób wykonujących pracę lub przebywających na terenie podmiotu kontrolowanego; korzystania z pomocy biegłych i specjalistów oraz akredytowanych laboratoriów; jeżeli zachodzi uzasadniona obawa, że udzielenie inspektorowi pracy informacji w sprawach objętych kontrolą przez pracownika mogłoby narazić tego pracownika lub osobę na jakikolwiek uszczerbek, lub zarzut z powodu udzielenia tej informacji, inspektor pracy może wydać postanowienie o zachowaniu w tajemnicy okoliczności umożliwiających ujawnienie tożsamości tego pracownika lub osoby, w tym danych osobowych, protokół przesłuchania pracownika lub osoby wolno udostępniać pracodawcy tylko w sposób uniemożliwiający ujawnienie danych osobowych.

Zgodnie z zapisem art. 24 ust 4 ustawy z 13 kwietnia 2007 r. o państwowej inspekcji pracy inspektorzy pracy są uprawnieni do przeprowadzania, bez uprzedzenia i o każdej porze dnia i nocy, kontroli przestrzegania przepisów prawa pracy, w szczególności stanu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz kontroli przestrzegania przepisów dotyczących legalności zatrudnienia. W myśl art. 26 ustawy z 13 kwietnia 2007 r. o państwowej inspekcji pracy inspektor pracy jest upoważniony do swobodnego poruszania się po terenie podmiotu kontrolowanego bez obowiązku uzyskiwania przepustki oraz jest zwolniony od rewizji osobistej. W zależności od ustalonego naruszenia przepisów prawa pracy, Inspektor państwowej inspekcji pracy powia-

damia: ZUS, Urząd Kontroli Skarbowej, policję lub straż graniczną, starostę, marszałka, wojewodę (zwłaszcza w zakresie legalności zatrudnienia).

Znana jest kluczowa rola Narodowego Funduszu Zdrowia, który jako płatnik świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych wskazuje wymogi między innymi kadrowe niezbędne dla kontraktowania poszczególnych zakresów świadczeń. Skutkiem obowiązujących wymogów formalnych jest obowiązek zatrudnienia przez podmioty lecznicze odpowiedniej liczby specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny oraz pozostałego personelu medycznego (pielęgniarki, położne, rehabilitanci, ratownicy medyczni, laboranci, technicy Rtg, Ekg i inni). Szczegółowe zasady prowadzenia kontroli świadczeniodawców określa Zarządzenie Nr 23/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli. § 3. ust 1 ww. zarządzenia stanowi, iż właściwe jednostki organizacyjne NFZ mogą przeprowadzić kontrole u świadczeniodawców, z którymi zawarły umowy o finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, lekarzy, którzy zawarli z NFZ umowy upoważniające do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom. Kontrole dotyczą w szczególności:

1) organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności

2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

3) zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych

4) przestrzegania zasad wystawiania recept, w tym zgodności danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną oraz z innymi regulacjami prawnymi, obowiązującymi w tym zakresie

5) dokumentacji medycznej.

Nadrzędnym organem kontroli państwowej jest Najwyższa Izba Kontroli. Zadania NIK określa art. 2 ustawy o NIK z 23 grudnia 1994 r. (tekst ujednolicony z 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli – Dz. U. nr 227, poz. 1482), do głównych zadań należy: kontrola działalności organów administracji rządowej, Narodowego Banku Polskiego, państwowych osób prawnych i innych państwowych jednostek organizacyjnych; kontrola działalności organów samorządu terytorialnego, samorządowych osób prawnych i innych samorządowych jednostek organizacyjnych; kontrola działalności innych jednostek organizacyjnych i podmiotów gospodarczych (przedsiębiorców) w zakresie, w jakim wykorzystują one majątek lub środki państwowe lub komunalne oraz wywiązują się ze zobowiązań finansowych na rzecz państwa (wykonują zadania zlecone lub powierzone przez państwo lub samorząd terytorialny;

wykonują zamówienia publiczne na rzecz państwa lub samorządu terytorialnego; organizują lub wykonują prace interwencyjne albo roboty publiczne; działają z udziałem państwa lub samorządu terytorialnego korzystając z mienia państwowego, lub samorządowego, w tym także ze środków przyznanych na podstawie umów międzynarodowych); wykonują zadania z zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ustalenia kontroli

Państwowa Inspekcja Pracy wg artykułu z 3.10.2012 r. (autor: Katarzyna Lisowska, zamieszczonego na www.rynekzdrowia.pl) wskazuje na szereg powtarzających się uchybień dotyczących: nieprzestrzegania norm dotyczących doby pracy – planowanie pracy w nadliczbowych godzinach; nieprawidłowości w treści regulaminów pracy – brak aktualnych rozkładów czasu pracy; pracownicy nie otrzymali pisemnej informacji o warunkach zatrudnienia; placówki nie zapewniały swoim pracownikom odpowiedniej odzieży i obuwia roboczego; brak możliwości wyegzekwowania krótszego czasu pracy przez niepełnosprawnych pracowników; nieterminowe wypłacanie wynagrodzeń za nadliczbowe godziny pracy; nieterminowa wypłata wynagrodzenia; omijanie przepisów o czasie pracy (kontrakt, zlecenie poza etatem); nieprawidłowości w zakresie podwyższania wynagrodzeń dla pielęgniarek (placówki ochrony zdrowia muszą przekazać na ten cel 40 proc. dodatkowych środków z NFZ po korektach planu finansowego, przy czym 70 proc. tej kwoty mają otrzymywać pielęgniarki); PIP wskazuje na braki kadrowe oraz oszczędności przy niezwiększaniu zatrudnienia (przez co przekraczane są obowiązujące normy czasu pracy).

Najwyższa Izba Kontroli wg raportu z 12 września br. „NIK o szpitalach – instytutach badawczych” (www.nik.gov.pl) podaje następujące ustalenia: w czerwcu 2011 r. na w 15 z 16 placówek odnotowano stratę, nie ma narzędzi ani tradycji oceniania i wiązania efektów pracy z wysokością wynagrodzeń i premii; w trzech instytutach w skontrolowanym okresie zatrudnienie wzrosło o niemal 250 etatów; NIK wskazuje rażące zaniedbania w zakresie: prowadzenia badań klinicznych (tolerowanie przez Instytut wadliwego systemu rozliczeń finansowych umożliwiający proceder ukrywania badania klinicznego przed zespołem badawczym, personelem wspierającym i pomocniczym pod przykrywką standardowych procedur leczniczych); gospodarowania majątkiem; zlecenia badań podwykonawcom bez wymaganej zgody Ministerstwa i zawierania umów o dzieło z własnymi pracownikami na wykonanie zleconych badań (Instytut Matki i Dziecka) z naruszeniem umów z Ministerstwem; nadużywania zamówienia w trybie „z wolnej ręki”. NIK podkreśla konieczność zmiany sposobu zarządzania i polityki kadrowej.

Podsumowanie

Raporty kluczowych instytucji państwowych odpowiadających za przestrzeganie prawa pracy wskazują na powtarzające się nieprawidłowości. Znaczącym pozostaje nieprzestrzeganie obowiązujących norm czasu pracy przez pracowników medycznych spowodowany między innymi brakami kadrowymi oraz szukaniem oszczędności przez kierowników zarządzających podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Nie są znane sposoby naprawy zaistniałej sytuacji. Minister Zdrowia przekazał do konsultacji projekt rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, który zakłada, że od stycznia 2013 roku normy zatrudnienia pielęgniarek oraz położnych podlegać będą kategoryzacji opieki i przyporządkowaniu pacjenta do danej kategorii opieki. Czy sytuacja pacjenta i personelu medycznego ulegnie poprawie stanowić będzie przedmiot kolejnego problemu badawczego.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 nr 112 poz. 654 ze zm.).
2. Ustawa kodeks pracy z 26 czerwca 1974 r. (Dz. U z 1998 nr 21 poz. 94 ze zm.).
3. Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. nr 220 poz. 1447 ze zm.).
4. Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U z 2011 r. nr 174 poz. 1049).
5. Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U z 1997 nr 28 poz. 152 ze zm.).
6. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.).
7. Ustawa z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. nr 234, poz. 1536).
8. Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny (Dz. U. z 2011 nr 230 poz. 1370).
9. www.pip.gov.pl
10. www.nik.gov.pl
11. www.serwiszoz.pl
12. www.gazetaprawna.pl
13. www.multiprawo.pl
14. www.rynekzdrowia.pl

Adres do korespondencji:

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Katedra Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

PSYCHOSPOŁECZNE SKUTKI OTYŁOŚCI U DZIECI I MŁODZIEŻY

OBESITY AND ITS PSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

EWA MOJS¹, PRZEMYSŁAW DAROSZEWSKI^{2,3}

¹Zakład Psychologii Klinicznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Ewa Mojs

²Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Katedra Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

³SP ZOZ MSW im. L. Bierkowskiego w Poznaniu
Dyrektor: Przemysław Daroszewski

Streszczenie

Zgodnie z oceną Międzynarodowej Grupy ds. Otyłości (International Obesity Task Force – IOTF) z 2004 r., na świecie jest około 155 mln młodzieży i dzieci w wieku szkolnym, które posiadają nadmierną masę ciała, a wśród nich otyłych jest 30–45 milionów. Konsekwencje rozwoju otyłości ocenia się w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Otyłość dziecka negatywnie wpływa na jego rozwój emocjonalny, jak i społeczny. Dzieci w wieku szkolnym – na wczesnym, jak i późnym etapie edukacji są stygmatyzowane i odrzucane. To w konsekwencji prowadzić może do poważnych zaburzeń emocji i zachowania – depresji, nerwicy, trudności adaptacyjnych. Powikłania otyłości ze sfery psychologicznej implikują konieczność objęcia opieką psychoterapeutyczną dzieci i młodzieży z otyłością.

Słowa kluczowe: dzieci, młodzież, otyłość, psychologiczne problemy.

Summary

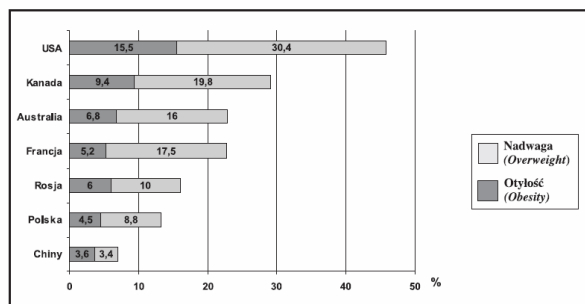
According to International Obesity Task Force (IOTF) 2004 estimates there are 155 million overweight youth and children in the world, 30–45 million of whom fall into obese category. Several physical and psychological consequences of obesity have been described. Obesity adversely influences children's emotional and social development e.g. school age children in their early and late stages of education feel stigmatized and rejected. This may result in serious emotional and behavioral problems such as depression, neurosis and adaptational difficulties. Due to the risk of psychological disturbances of obesity, obese children and adolescents should be referred to a psychotherapist.

Key words: children, adolescents, obesity, psychological problems.

Zgodnie z oceną Międzynarodowej Grupy ds. Otyłości (International Obesity Task Force – IOTF) z 2004 r., na świecie jest około 155 mln młodzieży i dzieci w wieku szkolnym, które posiadają nadmierną masę ciała, a wśród nich otyłych jest 30–45 milionów.

Znacząco wysoko kształtuje się odsetek dzieci z nadwagą i otyłością. Przedmiotem troski i obawy jest stała tendencja do zwiększania się zakresu tego zjawiska.

Prowadzone w USA od 1963 roku badania systematycznie wykazują wzrost częstości otyłości u dzieci 6–11-letnich i młodzieży 12–19-letniej, odpowiednio z 4% i 5% w latach 1963–70, do 16% w obu grupach wiekowych w latach 1999–2002 [1].



Rycina 1. Częstość występowania nadwagi i otyłości u młodzieży w Polsce i innych krajach (%)

Figure 1. The frequency of the prevalence the obesity and overweight in children and adolescents in Poland other countries

Źródło: International Obesity Task Force [1]

Source: International Obesity Task Force [1]

Otyłość dziecka w młodszym wieku szkolnym

Dziecko, wchodząc w okres szkolny, rozwija się intensywnie pod względem somatycznym, jak i poznawczym, emocjonalnym i społecznym. Do głównych zadań rozwojowych, które stoją przed dzieckiem, w tym okresie, zaliczyć należy opanowanie podstawowych umiejętności szkolnych, takich jak: czytanie, pisanie, liczenie jak i nabycie, i doskonalenie opanowanych wcześniej kompetencji społecznych, a także dojrzałości emocjonalnej, umiejętności wyrażania potrzeb, podejmowania działań w kierunku ich zaspokojenia oraz tolerowania emocji negatywnych związanych z ich frustracją. Tak jak w wieku przedszkolnym część dzieci jeszcze tych kompetencji nie doskonalila, tak w wieku szkolnym, dzieci muszą opanować umiejętności związane z dzieleciem się, czekaniem na swoją kolej, wyrażaniem i obroną własnego zdania, działaniami autonomicznymi jak i współpracą. Dzieci uczą się także pracowitości i kształtuje się u nich przekonanie, że systematyczna praca stanowi podstawę dla osiągania sukcesów. Umiejętności te doskonala się w grupie dzięki nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacjom społecznym. Można więc stwierdzić, że dziecko, rozpoczynając edukację szkolną, powinno przynajmniej nawiązać relacje interpersonalne i dzięki ich podtrzymywaniu doskonalić swoje kompetencje społeczne. Dzieci muszą nauczyć się znosić rozstania z rodzicami, niepowodzenia. Oczywiście, w grupie dzieci będą lepiej uczyły się znosić porażki i frustracje. Dzieje się to dzięki obserwacji zachowań innych osób, a także próbowaniu i testowaniu nowych wzorców zachowań. Zatem zadaniem nauczyciela i rodziców jest pomoc dziecku w pierwszym etapie edukacji szkolnej w nawiązaniu znajomości, gdyż inne dzieci stanowiąc będą źródło wiedzy, jak i wsparcia w trudnych momentach szkolnych związanych z oceną [2].

Prawa psychologii społecznej uczą, iż łatwiej polubić osobę podobną do siebie, łatwiej wówczas ją zaakceptować. Trudność pojawia się, gdy dziecko pod jakimś względem różni się od większości rówieśników. Tą spostrzeganą natychmiast przez dzieci różnicą może być jakaś dysfunkcja ruchowa, niepełnosprawność intelektualna, czy też odmienność fizyczna – w szerokim rozumieniu – od koloru skóry, po noszone okulary czy otyłość lub niską masę ciała. Każda odmienność może uruchamiać w myśleniu związane z nią określone stereotypy i skojarzone z nimi emocje negatywne, i tym samym zachowania o charakterze dyskryminacyjnym, odrzucającym. Dzieci otyłe czy nadmiernie szczupłe mogą być odrzucane przez grupę, izolowane, traktowane jako kozioł ofiarny, na którego można zrzucić wszystkie winy innych dzieci. Tego typu zachowań dzieci młodsze uczą się od dorosłych i innych dzieci. Jeśli zatem dorośli czy starsi uczniowie zaprezentują zachowania odrzucające, należy przypuszczać, iż takie wzorce szybko pojawią się w klasie. Otyłość w populacji polskiej stanowi poważny problem społeczny. Dzieci mogą swoją otyłą koleżankę przeżywać, wykluczać z zajęć grupowych, zwłaszcza

takich, które wymagają sprawności fizycznej, izolować podczas przerw czy zajęć lekcyjnych. Wiele z nich nie chce siedzieć z otyłą koleżanką czy otyłym kolegą. Można wskazać, iż otyłość stanowi istotny czynnik powodujący ograniczenie zaspokojenia potrzeb społecznych dziecka. Otyłość jako choroba zostaje przypisana dziecku jako jego cecha i powoduje, iż dziecko staje się osobą mniej pożądaną społecznie. Stygmatyzacja – określenie dziecka jako „grubasa” – w skrajnych wypadkach pozbawia dzieci godności – przeszkadza im w pełnym uczestnictwie w życiu społecznym, narusza prawa człowieka i prowadzi do społecznego wykluczenia. Podobny proces będzie dotyczył dziecka z niską masą ciała. Dziecko chude przeżywane i odrzucane może dalej się izolować, celowo unikać zajęć w grupie i tym samym pozostawać przez wiele lat w osamotnieniu. Trwające wiele lat odrzucenie może stać się przyczyną dalszych zaburzeń i chorób, np. nerwicowych lub innych.

Analizując zakres występowania sytuacji stygmatyzacji osób otyłych i chudych, można stwierdzić, iż jest to zjawisko powszechne, a społeczeństwo, a zwłaszcza dorośli – rodzice czy inni sprawujący opiekę i wychowujący dzieci, nie są przygotowane w pełni na przyjęcie i zaakceptowanie odmienności związanych z wyglądem fizycznym [2].

Należy zatem zastanowić się, jakie mogą pojawić się powikłania związane ze stanem chronicznego odrzucenia, dezakceptacji społecznej i przewlekłej frustracji potrzeb dla dziecka otyłego. Należy spodziewać się powstania powikłań o charakterze zaburzeń i chorób nerwicowych, zaburzeń psychosomatycznych czy zaburzeń zachowania i adaptacyjnych. Każda z wymienionych grup zaburzeń może z kolei stanowić czynnik utrudniający prawidłowe kształtowanie się struktury osobowości i prawidłowe rozwiązywanie kryzysów rozwojowych, kształtowanie cech i umiejętności koniecznych dla radzenia sobie z wymaganiami, które niesie życie w wieku dorosłym.

Jakie są możliwości przeciwdziałania stygmatyzacji dzieci otyłych, jak i niedopuszczenia do powstawania zagrożeń dla zdrowia psychicznego dziecka otyłego?

Do elementów, które pomogą zwalczyć piętno stygmatyzacji należy zaliczyć działania podejmowane na poziomie społeczności – grupy: szeroką informację o chorobie, wskazanie, iż nieprawidłowa masa ciała to nie wina samego dziecka, że występowanie objawów nie wiąże się w żaden sposób z negatywnymi cechami osobowości czy inteligencją. Należy także wzmocnić sieć wsparcia społecznego i więzi społeczne na terenie klasy. Wydaje się także istotne, aby przekazać wiedzę nie tylko dzieciom, które obserwują kolegę czy koleżankę z zakłóceniami masy ciała, ale i rodzicom, aby przeciwdziałać utrwalaniu negatywnych schematów myślenia w środowisku domowym. Działania te mogą spowodować, iż skuteczniejsze staną się działania nauczyciela bezpośrednio w klasie. Równie istotne są działania nastawione bezpośrednio na dziecko otyłe. Tu nauczyciele i inni dorośli powinni skupić się przede wszystkim na stworzeniu tzw. zdrowego pola życia, czyli takiego środowi-

ska, które w możliwie pełny sposób zaspokajałyby niezaspokojone dotychczas potrzeby emocjonalne i społeczne dziecka. Do owych potrzeb w okresie wczesnoszkolnym zaliczyć należy: potrzeby osiągnięć, stowarzyszenia, zabawy, kontaktów emocjonalnych, poznawcze, ale i bezpieczeństwa. Dzięki stworzeniu owego przyjaznego środowiska dziecko w sposób bardziej aktywny będzie działało na rzecz zaspokojenia swoich potrzeb, ale i w sytuacji niepowodzenia łatwiej mu będzie znosić frustrację. Możliwy stanie się pełny rozwój osobowości i prawidłowe rozwiązywanie kryzysów rozwojowych w kolejnych etapach życia.

Efektom destygmatyzacji byłoby zatem otwarcie się innych dzieci, jak i ich rodziców na dziecko otyłe, umożliwienie mu funkcjonowania, jak i w dalszej perspektywie, aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz owocnego działania na rzecz innych. Dzięki destygmatyzacji osoba wyglądająca fizycznie inaczej niż rówieśnicy, wzmacnia przekonanie o wpływie na swoje życie i aktywnie może je kreować zgodnie ze swoimi możliwościami, zdolnościami i talentami, a także pomagać innym, stanowić dla nich źródło wsparcia.

Otyłość nastolatka

Dziecko, wchodząc w okres dojrzewania, rozwija się intensywnie pod względem somatycznym, psychicznym, jak i społecznym. Ukształtowane do tego czasu cechy i umiejętności integrowane są w niepowtarzalną osobowość. Okres dojrzewania to czas, w którym człowiek określa siebie na wielu wymiarach – psychologicznym, fizycznym czy społecznym. Dorastający chłopiec czy dziewczynka poznaje siebie, poszukuje odpowiedzi na pytania: kim jestem?, co jest dla mnie ważne?, co będę w przyszłości robić?, kto mi imponuje, kto nie?, jaką osobę uznaję za ważną?, kto może być moim najlepszym przyjacielem?. W początkowej fazie dojrzewania zasadniczą rolę pełnią tu wzorce – medialne czy osoby z bezpośredniego otoczenia, które są rozpoznawane jako ważne, które dziecko próbuje naśladować. Naśladować będzie zarówno wygląd zewnętrzny, styl ubierania się, sylwetkę, jak i podstawowe aktywności czy zainteresowania. Dziewczęta i chłopcy w tej fazie rozwojowej czują się już bardziej dorosłymi niż dziećmi i chcą być tacy jak... Ale też w sposób naturalny odrzucają wzorce rodziców, poszukują własnej drogi. Wówczas w sposób naturalny pojawiają się konflikty z dorosłymi z najbliższego otoczenia. Jeśli rodzic potrafi utrzymać dobrą relację ze swoim dzieckiem w tym trudnym okresie, komunikuje się z nim w sposób otwarty i szczerzy, akceptuje jego wybory, o ile nie są sprzeczne z przyjętym systemem wartości i norm, to dziecko stopniowo uczy się podejmować świadome decyzje i sensowne wybory. W końcowej fazie dojrzewania, około 17–18 roku życia człowiek powinien potrafić określić, co jest dla niego ważne, jakie są jego cele życiowe i wartości, co się w nim podoba, a co nie. Z uwagi na trudności w przejściu od dzie-

ciństwa do wieku dojrzałego bywa często, że dorastający w tym stadium kształtowania się tożsamości cierpią bardziej niż kiedykolwiek przedtem czy potem wskutek pomieszania ról, czyli pomieszania tożsamości. Może to przyczynić się do poczucia izolacji, pustki i niepokoju. Adolescenci czują, że muszą podjąć ważne decyzje, lecz niejednokrotnie nie są jeszcze w stanie tego uczynić. Zdarza się, że czują nacisk ze strony społeczeństwa, by podejmowali decyzje i właśnie wskutek tego stają się bardziej oporni [2, 3]. Osiągnięcie w okresie dorastania własnej tożsamości ułatwia wyznaczanie celów życiowych, wzmacnia poczucie sensu w życiu, co owocuje wglądem we własne indywidualne zdolności, możliwości i ograniczenia, czyli stabilizuje koncepcję samego siebie [4]. Formowanie się tożsamości Ego, zachodzące na wielu płaszczyznach, wiąże się z określeniem własnego systemu wartości, mającego wpływ na przynależność ideologiczną, a co za tym idzie często również przynależność grupową [4, 5].

Za najistotniejsze przejawy zdrowia, w tym okresie, uznaje się: poczucie tożsamości, stałości, odrębności i zdolności wyboru celów. Wśród przejawów patologii wymienić należy brak poczucia tożsamości, rozproszenie ról, przyjęcie tożsamości odzwierciedlonej, a także podkultury i przestępczość [6]. Według Eriksona, wiek młodzieńczy jest szczególnie trudny, co wynika z faktu, że wielu młodych ludzi nie radzi sobie z nowymi wymaganiami, próbuje więc ucieczki lub popada w przygnębienie i odpychający nastrój [7].

Nastolatek musi poradzić sobie z szeregiem zachodzących zmian i to zarówno tych, które mają miejsce w nim samym, jak i tych, które związane są z nowymi wymaganiami otoczenia. Zachodzące zmiany dotyczą więc rozwoju fizycznego [2, 5], poznawczego [2, 6, 8], emocjonalnego [2, 4, 9, 10], społecznego [2, 5, 11], co wiąże się ze szczególną, w tym okresie, rolą grupy rówieśniczej [12, 13, 14, 15] oraz moralnego [2, 5].

Efektom dojrzewania jest ukształtowany obraz siebie, samoocena i poczucie własnej wartości. W skład obrazu siebie wchodzi też wygląd zewnętrzny. Jeśli człowiek pozytywnie ocenia siebie także w wymiarze fizycznym, pewniej działa, podejmuje decyzje i nawiązuje kontakty z innymi osobami. W początkowej fazie dojrzewania dziewczęta i chłopcy naśladowują często zachowania, jak i wygląd zewnętrzny osób, które uznają za ważne i atrakcyjne. Media dostarczają wzorców do naśladowania – idealnych, szczupłych, pięknych. Osiągnięcie takiego ideału jest bardzo trudne, a nawet niemożliwe. Jest to o tyle trudniejsze, iż w okresie dojrzewania fizycznego następują liczne przemiany hormonalne w organizmie, zmienia się masa ciała, proporcje w sylwetce są zupełnie niezgodne z proponowanymi wzorcami. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe proponowane przez kulturę masową – spożywanie wysokokalorycznych posiłków – dodatkowo stanowi czynnik ryzyka powstawania otyłości. Niemożność sprostanienia wzorcom w zakresie wyglądu fizycznego może doprowadzić do zaburzenia samooceny a w konsekwencji do powstania

zaburzeń samooceny, zaburzeń emocjonalnych, wycofywania się z relacji społecznych, a także trudności w okresie dorosłości zarówno w sferze zawodowej, jak i relacji interpersonalnych

Prawa psychologii społecznej uczą, iż łatwiej polubić osobę podobną do siebie, łatwiej wówczas ją zaakceptować. Trudność pojawia się, gdy człowiek pod jakimś względem różni się od większości rówieśników. Każda odmienność może uruchamiać w myśleniu związane z nią określone stereotypy i skojarzone z nimi emocje negatywne i tym samym zachowania o charakterze dyskryminacyjnym, odrzucającym. Otyłość u młodzieży z jednej strony stanowi czynnik ryzyka obniżenia samooceny, zaburzeń zachowania czy emocji, a z drugiej strony stanowi element powodujący odrzucenie przez grupę, izolację.

Otyłość w populacji polskiej stanowi poważny problem społeczny. Młodzież, zwłaszcza chłopcy, mogą swoją otyłą koleżankę przezywać, wyśmiewać, wykluczać z zajęć grupowych, zwłaszcza takich, które wymagają sprawności fizycznej, izolować podczas przerw czy zajęć lekcyjnych. Otyły chłopiec zazwyczaj nie jest popularny w klasie, jest także izolowany, obśmiewany, przezywany, wykluczany z zajęć fizycznych. Często bywa pomijany w grach zespołowych, czy tam, gdzie pojawiają się elementy rywalizacji zespołowej. Można stwierdzić, iż otyłość stanowi istotny czynnik powodujący ograniczenie zaspokojenia potrzeb społecznych również w okresie dojrzewania.

Otyłość zostaje przypisana dziecku jako jego cecha i powoduje, iż dziecko staje się osobą mniej pożądaną społecznie. W związku z tym nastolatki, dziewczęta i chłopcy, mogą podejmować szereg działań, aby się „odchudzić” – stosują restrykcyjne diety, często zagrażające zdrowiu, prowadzące do wyniszczenia fizycznego i chorób, w tym anoreksji. Niestety, zbyt niska masa ciała również powoduje stygmatyzację i może prowadzić do społecznego odrzucenia. Dziecko chude, przezywane i odrzucane może konsekwentnie izolować się, celowo unikać zajęć w grupie i tym samym pozostawać przez wiele lat w osamotnieniu. Trwające wiele lat odrzucenie może stać się przyczyną dalszych zaburzeń i chorób, np. nerwicowych, depresji, zachowań autoagresywnych itp.

Analizując zakres występowania sytuacji stygmatyzacji osób otyłych i chudych, wnioskować należy, że jest to zjawisko powszechne, że społeczeństwo, a zwłaszcza dorośli – rodzice czy inni sprawujący opiekę i wychowujący dzieci, nie jest przygotowane w pełni na przyjęcie i zaakceptowanie odmienności związanych również z wyglądem fizycznym.

Udowodniono, że w populacji młodzieży z nieprawidłowym BMI częściej rozpoznaje się depresję i ma ona tym większe nasilenie, im wyższe jest BMI. Niska samoocena otyłych dzieci i brak akceptacji w środowisku rówieśników odpowiadają za niską jakość życia, mogą także tłumaczyć większą częstość prób samobójczych w tej grupie. Otyłość może także prowadzić do izolacji społecznej, poczucia nieadekwatności, zależności od otoczenia itp., a tym samym i zaburzeń emocji [5].

Pomimo że coraz więcej dzieci jest otyłych, nadal otyłość nie jest akceptowana w społeczeństwie, szczególnie w krajach Europy i Ameryki Północnej. Takie dzieci cierpią z powodu niskiej samooceny i dyskryminacji. Z drugiej strony pewna część z nich odreagowuje stres i niepowodzenia życiowe nadmiernym jedzeniem, gdyż pokarm staje się dla nich substytutem nieosiągalnych przyjemności życiowych.

Jakie są możliwości przeciwdziałania zaburzeniom obrazu ciała, zaburzeniom emocjonalnym i społecznym jako skutkom działań szkodliwych dla zdrowia w zakresie diet i stylu życia, naśladowania nierealistycznych wzorców medialnych dzieci otyłych, jak i niedopuszczenia do powstawania zagrożeń dla zdrowia psychicznego dziecka otyłego? Jednym z ważniejszych elementów jest budowanie od najmwcześniejszych lat u dziecka zdrowego stylu życia, traktowania zdrowia jako jednej z ważniejszych wartości, budowania kompetencji psychologicznych, takich jak autonomia, wiara w siebie, pozytywna samoocena, zdolności nawiązywania kontaktów społecznych. Zapewnienie dobrej relacji z młodzieżą w okresie dojrzewania może także zmniejszyć ryzyko wyborów negatywnych, których skutki mogą trwać wiele lat i zakłócać funkcjonowanie człowieka w dorosłości.

Z kolei do elementów, które pomogą zwalczyć piętno stygmatyzacji należy zaliczyć działania podejmowane na poziomie społeczności – grupy: szeroką informację o chorobie, wskazanie, iż nieprawidłowa masa ciała to nie wina samego dziecka i że występowanie objawów nie wiąże się w żaden sposób z negatywnymi cechami osobowości czy inteligencją. Należy także wzmocnić sieć wsparcia społecznego i więzi społeczne na terenie szkoły. Równie istotne są działania nastawione bezpośrednio na dziecko otyłe. Tu nauczyciele i inni dorośli powinni skupić się przede wszystkim na stworzeniu tzw. zdrowego pola życia, czyli takiego środowiska, które w możliwie pełny sposób zaspokajałoby niezaspokojone dotychczas potrzeby emocjonalne i społeczne dziecka. Do owych potrzeb w okresie dojrzewania zaliczyć należy: potrzeby osiągnięć, stowarzyszenia, poznawcze, kontaktów emocjonalnych oraz bezpieczeństwa. Tu ważne byłoby stymulowanie rozwoju zainteresowań i aktywności zgodnych z uzdolnieniami dziecka. Dzięki stworzeniu owego przyjaznego środowiska nastolatek w sposób bardziej aktywny będzie działał na rzecz zaspokojenia swoich potrzeb, ale i w sytuacji niepowodzenia łatwiej mu będzie znosić frustrację. Możliwy będzie pełny rozwój osobowości i prawidłowe rozwiązywanie kryzysów rozwojowych w kolejnych etapach życia.

Analiza danych wskazuje zatem, że zależności zaburzenia emocji a otyłość mają złożony i dwuwektorowy charakter, wymaga to, u każdego pacjenta, diagnozy psychologicznej, rozpoznania indywidualnie działających czynników oraz ustalenia kompleksowego postępowania terapeutycznego w tym zakresie.

PIŚMIENNICTWO

1. International Obesity Task Force. Childhood Report. IA-SO Newsletter, 2004, 6, 10-11.
2. Obuchowska I., Adolescencja, w: Psychologia rozwoju człowieka, B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), PWN, Warszawa 2001, 2, 163-201.
3. Hall C.S., Lindzey G., Teorie osobowości. PWN, Warszawa 1998, 76-111.
4. Oleś P., Rozwój osobowości w: Psychologia rozwoju człowieka, M. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), PWN, Warszawa 2002, 3, 131-177.
5. Orlik-Marciniak E., Agresywność grup subkulturowych, w: Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia, J. Miluska (red.), Poznań 1998, 190-212.
6. Erikson E., Youth and Crisis, W.W. Norton&Company, New York-London 1968, 9-28.
7. Gaweł-Luty E.: Pedagogika społeczna, Wyższa Szkoła Humanistyczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Szczecinie, Szczecin 2004, 23-31.
8. Szilagyi-Pągowska I., Zachowania zdrowotne i styl życia, w: Opieka zdrowotna nad rodziną, K. Bożkova, A. Sito (red.), PZWL, Warszawa 1994.
9. Hurme H., Rozwój emocjonalny, w: Psychologia rozwoju człowieka, M. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), PWN, Warszawa 2002, 3, 45-70.
10. Ziółkowska B., Specyfika stadium adolescencji jako kontekst ekspresji „anorexia nervosa”, w: Zagrożenia rozwoju w okresie dorastania, A. Brzezińska, M. Bardziejewska, B. Ziółkowska (red.), Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2003, 153-172.
11. Kowalik S., Rozwój społeczny [w:] Psychologia rozwoju człowieka t. III, M. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), PWN, Warszawa 2002, 71-105.
12. Pilch T.: Grupa rówieśnicza jako środowisko wychowawcze, w: Pedagogika społeczna, T. Pilch, I. Nepalczyk (red.), ZAK, Warszawa 1995.
13. Borkowski J., Podstawy psychologii społecznej, ELIPSA, Warszawa 2003.
14. Senejko A., Lachowicz-Tabaczek K.: Podmiotowe i społeczne czynniki ryzyka uzależnienia młodzieży od alkoholu, Psychol. Rozw., 2003, 2 (8), 81-96.
15. Stanisławiak E., Co warto wiedzieć o grupie społecznej? w: E. Stanisławiak (red.): Wybrane problemy psychologii społecznej, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2004b, 161-173.

Adres do korespondencji:

Zakład Psychologii Klinicznej
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

KULTURA ORGANIZACJI I JEJ WPŁYW NA WŁAŚCIWE POSTAWY PRACOWNICZE W PODMIOCIE LECZNICZYM

ORGANIZATION CULTURE AND ITS IMPACT ON WORKER'S ATTITUDE TO WORK IN HEALTHCARE INSTITUTION

PIOTR PAGÓRSKI¹, NATALIA WALICKA-NOWACZYK²

¹Pracownia Finansów i Rachunkowości w Ochronie Zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr Piotr Pagórski

²studentka studiów magisterskich Zdrowie Publiczne UM Poznań

Streszczenie

Artykuł jest próbą zaprezentowania możliwości wykorzystania kultury organizacji w procesie przeciwdziałania patologiom w miejscu pracy, ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów leczniczych. Przedstawione badanie ankietowe udowadnia celowość doskonalenia procesów zarządzania zasobami ludzkimi w organizacji w oparciu o kulturę organizacji.

Słowa kluczowe: kultura organizacji, zarządzanie personelem, patologie zarządzania zasobami ludzkimi.

Summary

This article is an attempt to showcase the possibilities of using the organizational culture in preventing pathologies in the workplace, with particular reference to medical entity. The survey demonstrates the desirability of improving human resource management processes in an organization based on the culture of the organization.

Key words: organizational culture, personnel management, human resources management pathologies.

Wprowadzenie

Często tym co wyróżnia podmioty działalności leczniczej jest kultura organizacji. Istnienie systemu norm, wartości, wzorców zachowań, zwyczajów, sposobów obchodzenia uroczystości w zakładzie pracy, jak również sposób ubioru, noszenie identyfikatorów, schemat komunikacji, czy awansów – wszystkie te czynniki cechują daną organizację. Właściwa kultura organizacyjna sprzyja efektywnej pracy i ogranicza zjawiska patologiczne, występujące nie rzadko w obszarach zarządzania zasobami ludzkimi podmiotu leczniczego. Autorzy artykułu dokonali rozpoznania kultury organizacyjnej jednej z niepublicznych lecznic w Poznaniu i spróbowali skojarzyć wyniki badania z pozytywnymi osiągnięciami tej organizacji w zakresie zarządzania kadrami.

Pojęcie kultury organizacyjnej

Kultura jest pojęciem interdyscyplinarnym; pierwotnie rozumianym jako przekształcenie naturalnych zjawisk przyrody w stan bardziej przydatny i użyteczny ludziom. Najczęściej rozumianym jednak jako całokształt materialnego i duchowego stanu posiadania cywilizacji, bądź tylko wybranego społeczeństwa, przy zachowaniu norm i wzorów postępowania [1].

W skład zasobów organizacji wchodzi: technologia, struktura, zadania oraz ludzie. Najwyższą wartością z po-

śród nich jest człowiek; to on uczy się funkcjonować w strukturze organizacji, wykonuje zadania, tworzy technologię, dzięki czemu przyczynia się do jej rozwoju. Musi jednak dostosować się do zaleceń, wytycznych oraz nakazów organizacji, aby podolać stawianym przez nią wymaganiom. Korzystając ze swych uprawnień, zapoczątkowuje zmiany oraz tworzy innowację [2]. Każdy pracownik jest więc częścią kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa.

M. Armstrong definiuje ją jako wzór wartości, norm, postaw, przekonań i założeń, które nie muszą być spisane, ale które kształtują zachowania ludzi i sposoby realizacji zadań [3].

E. Schein przedstawił to pojęcie z innego punktu widzenia; nazwał kulturę organizacyjną układem podstawowych założeń, których grupa nauczyła się w czasie trwania rozwiązywania konfliktów i wspólnych problemów, związanych z dostosowywaniem się do otoczenia i tworzeniem wewnętrznej integracji. Układ ten musi dobrze funkcjonować, aby można było go uznać za zasady, a nowi członkowie grupy na jego podstawie nauczą się, w jaki sposób poprawnie postrzegać, myśleć i odczuwać potrzeby i problemy organizacji. Można zatem podsumować, że kultura to sposób, w jaki organizacja nauczyła się bytować z otoczeniem [4].

Reguły przedsiębiorstwa charakteryzują system współpracy zatrudnionych ludzi, wprowadzonych, przestrzeganych i chronionych przez kadrę kierowniczą. Podkreślają to, co wspólne, jednoczą i stabilizują zespół [5].

Liderzy firm mają duże możliwości kształtowania norm i wartości, poprzez dawanie pracownikom przykładu własnym postępowaniem oraz stwarzanie warunków działania ludzi wewnątrz organizacji. Kultura organizacyjna staje się swojego rodzaju aktywem, podczas zmian koordynacyjnych; aby dobrze funkcjonowała potrzebna jest interakcja pomiędzy kierownikami, a pracownikami niższych szczebli, ponieważ dopiero wtedy staje się „osobowością” organizacji [6].

Kultura organizacyjna może być nakierowana na:

- ceremonie, wystrój, nagrody
- nieformalny sposób bycia i osobiste związki między pracownikami
- zachęty dla pracowników
- bezpieczeństwo pracy
- innowacyjność [7].

Przejawy kultury organizacyjnej

Niektóre aspekty kultury organizacyjnej są widoczne na pierwszy rzut oka i oczywiste, jednakże inne dostrzega się dopiero po lepszym poznaniu organizacji i dłuższej obserwacji. Można więc kulturę organizacyjną porównać do góry lodowej, gdzie nad powierzchnią dostrzega się aspekty formalne – jawne, którymi są oficjalna misja i cele przedsiębiorstwa, struktura, zasady polityki personalnej, technologia, zasoby finansowe, a pod powierzchnią ukrywają się aspekty nieformalne, są to postawy, wartości i normy grupowe wspólne dla całej organizacji [4].

Kiedy pierwszy raz wchodzimy do jakiegoś przedsiębiorstwa, wyczuwamy specyficzną atmosferę, która tam panuje. Dostrzegamy relacje międzyludzkie, stosunek współpracowników do siebie nawzajem oraz do kierownictwa, charakterystyczny sposób komunikowania się z klientami i partnerami biznesowymi. Nie zawsze potrafimy opowiedzieć, czy też nazwać jaka kultura występuje w danej organizacji; jest to bowiem atmosfera, którą bardziej daje się zaobserwować i wyczuć. Przejawy kultury mimo tego, że odzwierciedlają wewnętrzne życie firmy, są symptomami zewnętrznymi, które można zidentyfikować dzięki analizom socjologicznym, takim jak wywiady, czy ankiety.

L. Zbiegiem-Maciąg opisała sześć wytycznych, dzięki którym można odróżnić kulturę jednego przedsiębiorstwa, od drugiego.

1. Symbolika – symbole pomagają odczytywać znaczenia, ludzie przyjmują ich treść i zaczynają postępować według nich. Są to:

- symbole architektoniczne, np.: rozplanowanie i wystrój biura, rodzaj mebli, telefonów, zewnętrzna architektura biura, organizacja parkingów, umiejscowienie biura
- symbole fizyczne, tj.: standard wyglądu, kod według którego ubiera się zespół, np.: makijaż, fryzura, ozdoby, identyfikatory

- symbole statusu – tj.: pozycji i hierarchii społecznej, np.: służbowe przywileje: sekretarka, samochód, telefon, członkostwo w klubach.

Wszystkie powyższe elementy informują pracowników, o tym kto jest najważniejszy w organizacji, kto ważny oraz podkreślają postawy i reguły zachowań.

2. Sposoby komunikowania się – do najważniejszych z nich należy:

- język, czyli skróty myślowe, wspólne wyrażenia trudne do zrozumienia dla osób z zewnątrz
- formuły lingwistyczne, czyli przydomki, zawołania, krótkie zwroty, hasła
- sposób przyjmowania klientów
- sposób odnoszenia się pracowników i kadry zarządzającej do siebie nawzajem.

Poprzez opanowanie stylu komunikowania się, członkowie organizacji potwierdzają swoją przynależność do kultury i wspólnie ją stabilizują. Dzięki wspólnemu językowi łatwiej jest stworzyć w dalszej kolejności zasady i wartości, które są aprobowane dzięki prostemu przekazowi.

3. Rytuały – są sposobem przekazywania treści, wyrażają powtarzalność sytuacji i gestów. Zalicza się do nich:

- witanie się współpracowników
- przyjmowanie nowych osób do pracy
- rozpoczęcie dnia pracy
- spędzanie przerw w pracy, np.: wspólne lunche
- obchodzenie uroczystości, np.: urodzin, imienin, awansów, odejścia na emeryturę
- spędzanie wspólnie wolnych dni, np.: wyjazdy na wycieczki, czy pikniki integrujące.

Rytuały wzbogacają życie przedsiębiorstwa, uczą pracowników jak zachowywać się w danych sytuacjach. Oczekuje się ich popierania, utrzymania i przede wszystkim akceptacji.

4. Wartości – zalicza się do nich przedmioty, sytuacje, które pracownicy cenią. Są stabilne i określają, co jest pożądane, a członkowie starają się je osiągać i utrwalają działania. Muszą być zgodne z indywidualnymi wartościami ludzi, aby nie generowały niepotrzebnych konfliktów.

5. Mity – są to anegdoty, legendy, opowieści, dowcipy, które mocno utrwaliły się w organizacji. Podkreślają to, co dana kultura akceptuje, umożliwiają uczestniczenie w minionych wydarzeniach oraz wyznaczają granice tolerancji. Dzięki nim można symbolicznie „unieruchomić czas” i uwiecznić kluczowe decyzje i momenty dla firmy. W mitach tkwi zbiorowa mądrość, cenne porady i wskazówki, a przede wszystkim łączą one przeszłość z teraźniejszością, wyjaśniając stosowanie obecnych praktyk.

6. Tabu – są to działania, których nie wypada wykonywać oraz sprawy, o których nie powinno się mówić. Może to dotyczyć wysokości wynagrodzeń poszczególnych pracowników, szczegółów z prywatnego życia ludzi, czy polityki awansów.

Dzięki powyższym komórki personalne mogą określić portret „członka organizacji”, czyli typowego pracownika, którego cechy i fizyczne i psychiczne, będą

odzwierciedleniem i syntezą atmosfery społecznej, panującej w danym przedsiębiorstwie [5].

Kształtowanie kultury organizacyjnej

E. Schein wyróżnił cztery fazy formowania się wspólnoty na przestrzeni kulturowej.

1. Faza pierwsza – KSZTAŁTOWANIE ZAŁOŻEŃ KULTURY

Przywódcy tworzą i utrzymują odpowiednią kulturę. Najważniejszą rolę pełnią założyciele, właściciele lub menedżerowie wyższych szczebli, na których koncentrują się pracownicy, w celu brania z nich przykładu. Niestety często już na samym początku formowania się kultury mogą pojawić się błędy, które wynikają z postaw początkujących lub nie doksztalconych menedżerów nie zdających sobie sprawy z tego, że od pierwszego dnia funkcjonowania w organizacji, współkształtują kulturę firmy. Jeżeli zaczynają zarządzać „przez krzyk”, za jego pomocą poganiać ludzi do pracy lub wyrażać krytykę, to tym samym tworzą kulturę zimną, agresywną, zamkniętą. W pierwszej fazie zazwyczaj trwa walka o znaczenie, wpływy, grupy często poszukują własnej tożsamości i wyłaniają się liderzy nieformalni.

2. Faza druga – ROZWÓJ KULTURY

Pracownicy wspólnie z liderami poszukują tego, co łączy organizację i eliminują te czynniki, które dzielą ludzi. W tej fazie ważne jest budowanie zespołów, podkultur oraz przeświadczenie wspólnoty, że w grupie można wykonać lepiej zadania, osiągnąć więcej, oraz że to członkowie organizacji tworzą firmę.

3. Faza trzecia – PROCES TRWANIA KULTURY

W tym okresie kultura stabilizuje, dociera się, krzepnie, ludzkie zachowania są oceniane, nagradzani są pracownicy, którzy działają wspólnie, według zasad i norm organizacji, a karani są pracownicy nielojalni.

4. Faza czwarta – DOJRZAŁOŚĆ

Charakteryzuje się pełną stabilizacją, koncentracją działań zmierzających do utrzymania grupy. Panuje silna kontrola wewnętrzna, ale jednocześnie niechęć i opór w stosunku do nowych idei, czy zmian. W tej fazie można bardzo dobrze zaobserwować postawy w stosunku do nowych pracowników, opór przeciwko innowacjom, czy też potrzebę zmiany kultury.

L. Zbiegiem-Maciąg do czterech faz Scheina dołożyła także piątą fazę:

5. Faza piąta – FORMOWANIE NOWEJ KULTURY

Po okresie „dojrzałości” może okazać się, że zmieniła się osobowość członków organizacji, ludzie odbiegli w swych działaniach od tradycji i zaczęli tworzyć nowe wzory zachowań, wyznawać nowe wartości i normy, a więc zaczynają tworzyć inną osobowość firmy. W związku z tym w tej fazie następuje modyfikacja obowiązującej kultury organizacyjnej albo tworzy się zupełnie odmienna.

Funkcje kultury organizacyjnej

Kultura organizacyjna nie tylko integruje społeczność organizacji wokół wspólnych celów, wartości, ale również buduje odrębność przedsiębiorstwa, co niewątpliwie ma wpływ na wypracowanie odrębności na globalnym rynku. Przez stosowanie gotowych wzorców w sytuacjach zmiennych dla organizacji oraz jednakowym reagowaniu na zmiany, wynikające z otoczenia, firma ma możliwość stabilizacji rzeczywistości, redukcji lęków i stresów wśród pracowników, które mogłyby wynikać z ciągłego przystosowywania się do zmian [1]. Cz. Sikorski wyróżnił trzy funkcje kultury organizacyjnej:

1. Funkcja integracyjna – scalenie organizacji w jedną całość, dzięki wspólnemu systemowi norm, zasad i wartości, oraz sposobu komunikowania się, np.: stosowania typowych dla działów przedsiębiorstwa kanałów komunikacyjnych. Ważne w niej są środki, dzięki którym nastąpi realizacja misji i celów organizacji. Funkcja ta sprzyja tworzeniu klimatu akceptacji, wzajemnego wsparcia i bliskości, a w rezultacie zapewnieniu potrzeby bezpieczeństwa i przynależności oraz angażuje pracowników w sprawy istotne dla organizacji.

2. Funkcja percepcyjna – wytworzenie wśród członków organizacji perspektywy wartościowania i ustosunkowania się do zjawisk, które pojawiają się w otoczeniu. Kształtuje światopogląd człowieka, wywierając wpływ na przejawiane zachowania i dokonywane wybory pracowników, zaspokajając potrzebę poczucia przynależności.

3. Funkcja adaptacyjna – reguluje zachowania członków organizacji w sytuacjach nowych, uprzednio niedoświadczonych, podsuwając gotowe rozwiązania, stworzone na bazie wspólnych wartości. Zwiększa poczucie bezpieczeństwa pracownika oraz jego emocjonalną relację z organizacją [2].

Nie ulega wątpliwości, że kultura organizacyjna ma wpływ na życie wewnętrzne organizacji, ale także na jej kontakty z otoczeniem. W związku z tym badacze kultury Schein i Bate podzielili funkcje kultury na wewnętrzne i zewnętrzne. Pośród funkcji wewnętrznej kultury wyróżniamy:

1. Funkcję integrującą – jest to model wspólnoty, współpracy, zgody.

Po pierwsze:

A. Kultura pojmowana jest jako synteza wspólności i tożsamości organizacji, a do czynników, które integrują ludzi w firmie zaliczamy:

- wspólne wzory myślenia
- wspólne uczucia
- wspólne wartości
- wspólne wierzenia
- wspólne uczenie się
- wspólne doświadczenie
- wspólne uczestniczenie w procesie bycia razem.

Czynniki te mają służyć stworzeniu rodzinnej atmosfery, zacieśnianiu więzi międzyludzkich, wypracowywaniu wspólnych decyzji, celebrowaniu różnych sytuacji, oraz podkreślić równowagę, zgodę i ciągłość w ocenie ducha firmy.

Po drugie:

B. Praca ma wzbudzać poczucie bezpieczeństwa i stabilności. Przedsiębiorstwa budowane na tradycji i historii dają mocne poczucie bezpieczeństwa. Przekonania, że „razem zrobimy więcej”, czy „jeden za wszystkich, wszyscy za jednego” sprawiają, że na dalszy plan schodzą niedociągnięcia i konflikty. Szczególnie zauważają to osoby dopiero co przyjęte do organizacji, lub te, które aplikują na dane stanowisko. Poczucie bezpieczeństwa w firmie jest zaspokojeniem potrzeby wyższego rzędu i może być czynnikiem konkurencyjnym.

Po trzecie:

C. Budowanie tożsamości organizacji, jest jednym z etapów tworzenia kultury organizacyjnej. Zbiór różnych temperamentów, osobowości ludzkich, zdolności, charakterów, tworzy potencjał organizacji. Jeżeli dana firma nie posiada ducha organizacji, tradycji, stereotypów to pracownicy nie mają się z czym identyfikować, nie mają czego szanować; w rezultacie brak jest wyznaczonego kierunku odwołania, a organizacja nie posiada osobowości, która powinna być niepowtarzalna i wyróżniać ją na tle branżowym.

2. Funkcję poznawczo-informacyjną – kultura organizacyjna ma dostarczać informacji o świecie i nową wiedzę, co można osiągnąć poprzez wspólne przebywanie ludzi ze sobą, poszerzaniu horyzontów, uczeniu się kultury. Pracownik jest wsparciem i często objaśnia sens procesów, oraz zjawisk w danej organizacji.

3. Funkcję adaptacyjną – kultura ma wypracowywać gotowe schematy zachowań, sposób radzenia sobie w organizacji i w życiu. Wskazuje jak należy planować, projektować i przewidywać własne cele. przez co niepewność, która często towarzyszy pracownikom będzie niwelowana. Konsekwencje jakie może przynieść takie postępowanie to:

- mobilizacja i stymulacja do działania – wzrastające poczucie bezpieczeństwa jednostkowego i grupowego działa energetyzująco na jednego pracownika, lub na cały zespół. Rozwija wspólne mobilizowanie się do coraz to większej aktywności, w celu osiągnięcia zamierzonych celów, a w rezultacie do upragnionego awansu, czy premii
- adaptacja do specyfiki systemu zarządzania – wewnętrzna integracja sprzyja zaklimatyzowaniu do specyfiki strategii, czy stylu zarządzania, wspólnego sposobu pojmowania idei dla interesu organizacji. W osiąganiu tego może pomóc wspólne wypracowanie języka i kategorii pojęciowych, aby nadać wspólne znaczenie terminom abstrakcyjnym, np.: „niski koszt”, „wysoka jakość”
- określenie granicy autonomii grupy, poczucie tożsamości grupowej, kryteriów przynależności i wyłączenia z jej granic

- zasada satysfakcji osób danej organizacji z wykonanych zdań, które wpływają na jej sukces i znaczenie poszczególnych osób w tym procesie (hierarchiczność)
- ustalenie zasad stosunków międzyludzkich i ich utrwalenie
- uzgodnienie jasnego systemu nagród i kar oraz kryteriów według których będzie następowała weryfikacja
- przyjęcie wspólnej ideologii co do rzeczywistości oraz roli i stosunku członków grupy do organizacji.

Dzięki temu, że stopień niepewności działań w organizacji zostanie ograniczony, wzrośnie jej gotowość do szybkiego podejmowania decyzji, chęć do ryzyka oraz adaptacja do nowych wymagań.

Otoczenie zewnętrzne, w którym dane przedsiębiorstwo funkcjonuje, ma niebawem wpływ na kształtowanie się kultury organizacyjnej. Inaczej działa kultura w stabilnym otoczeniu, a inaczej w otoczeniu zmiennym.

W stabilnym środowisku typowe jest powtarzanie rutynowych czynności, stereotypy są ugruntowane i rzadko zezwalają na zmiany. Ludzie nie są otwarci na ewolucję, ponieważ uważają, że „dobrze jest, tak jak jest”. Natomiast w otoczeniu niestabilnym duże znaczenie odgrywa walka konkurencyjna, przyspieszony rozwój, a nawet kryzys. Firma nastawiona jest na przekształcenia, rewolucje, co niewątpliwie zmusza pracowników do analizy poglądów i normach, co wyrażają sformułowania, np.: „czas na zmiany”.

Funkcje jakie kultura organizacyjna spełnia w stosunku do otoczenia zewnętrznego, można rozpatrywać z dwóch punktów widzenia:

1. Wpływu ujednoczeń wewnętrznych na zewnętrzne kontakty – na relację firmy z otoczeniem zewnętrznym ma wpływ:

- misja, strategia instytucji
- cele, które zmierzają do realizacji misji, z uwzględnieniem kompromisowych rozwiązań w stosunku do różnych grup
- środki przeznaczone na realizację zadań, np.: podział pracy, alokacja zasobów, decyzyjność na poszczególnych szczeblach
- korygowanie rzeczywistości z wyznaczoną strategią działania, zarówno w sytuacjach pomyślnych, kiedy istnieje szansa na zintensyfikowanie osiągnięć, ale także w sytuacjach kryzysowych, gdy należy posłużyć się narzędziami służącymi do korekty poszczególnych przedsięwzięć.

2. Wpływu czynników, które wywodzą się bezpośrednio z otoczenia – na przedsiębiorstwo oddziałuje środowisko prawne, ekonomiczne, ekologiczne, a także normy kulturowe społeczeństwa.

Ponieważ firma wchodzi w interakcję z innymi organizacjami może z nimi współpracować lub konkurować, według określonego modelu koegzystencji. Otoczenie zewnętrzne nie wpływa tylko na postrzeganie firmy na zew-

nątrz, jej miejsca w branży, roli, pozycji, czy miejsca w rankingu najsukcesywniejszych lub najbogatszych przedsiębiorstw, ale także niejako wymusza samoistnie zmiany, które występują w danej organizacji. Kulturę organizacyjną tworzą także normy i wartości pochodzenia zewnętrznego, według których funkcjonuje dane społeczeństwo. Jednakże organizacja nie pozostaje dłużna w tej kwestii, oddziałując wzorcami własnej kultury na otoczenie lokalne, np.: specyfikacja ubioru pracowników, może korzystnie wpłynąć na dbanie o aparycję mieszkańców danego regionu [5].

Kultura organizacyjna jako inwestycja

Kultura organizacyjna przejawia się w każdym aspekcie działalności przedsiębiorstwa. Jej głównym zadaniem jest działanie wspierające i na tej podstawie można stwierdzić, czy jest ona dobrze wykreowana. Wpływa na wizję firmy, poprzez postrzeganie przez klientów – pacjentów placówki zdrowotnej i jej opiniowaniu.

Trzeba pamiętać, że kultura organizacyjna musi harmonizować z misją i działalnością firmy. Stworzenie takiej kultury organizacyjnej nie jest łatwe, wymaga ścisłej współpracy z działalnością liderów, którzy będą jej fundamentem i twórcami zmian. Dlatego też jest to niezmiernie ważne stanowisko, na którym powinna znajdować się osoba twórcza, mająca zdolności integrowania pracowników wokół misji, oddziałująca na nich w sferze zarówno racjonalnej, jak i emocjonalnej oraz potrafiąca pozyskiwać do zespołu osoby, których cechy osobowościowe będą harmonizowały z osobowością przedsiębiorstwa.

Działania dotyczące kultury organizacyjnej nie kończą się na stworzeniu odpowiedniej kultury i pozyskaniu menedżera – lidera grupy, trzeba pamiętać, aby nieustannie diagnozować jej funkcjonowanie [5]. Jest to jeden z ważniejszych warunków, który kreuje profesjonalizm w sektorze zdrowotnym; ponieważ po badaniach może okazać się, że dana kultura organizacyjna ewoluowała, nie spełnia już swoich funkcji i będzie potrzebna zmiana kultury lub też z innych powodów podmiot leczniczy będzie wymagał restrukturyzacji.

Ważne jest, aby wszelkie zmiany wprowadzać w optymalnym tempie dla pracowników z uwzględnieniem ich rzeczywistych oczekiwań oraz dotychczasowych postaw i systemu wartości. Rzetelne przeprowadzenie badania kultury organizacyjnej, w placówce wymagającej dużych zmian prawno-organizacyjnych zwiększa pewność uniknięcia błędów, które w ochronie zdrowia najdotkliwiej dotyczą pacjentów [4]. Ważne jest, aby temat kultury organizacyjnej był poruszany na zebraniach menedżerskich, podejmowany na spotkaniach z pracownikami i podnoszony w indywidualnych rozmowach [5]. Działania te pozwolą stworzyć kulturę odpowiednią, bowiem kultura idealna w ochronie zdrowia (ze względu na specyficzny charakter działalności) nie istnieje [3].

Badania kultury organizacyjnej w Prywatnym Szpitalu Wielkopolskim

Uzyskanie opinii wśród pracowników Prywatnego Szpitala w województwie wielkopolskim miało na celu zbadanie istniejącej kultury organizacyjnej w podmiocie oraz poznanie preferencji pracowników, co do typu kultury organizacyjnej, w której chcieliby pracować. Opinie pracowników na ten temat zabrano za pomocą metody ankietowej. Badanie zostało przeprowadzone w październiku 2011 roku, a docelową grupą respondentów byli pracownicy medyczni i niemedyczni pracujący w rozpatrywanym Szpitalu. Dobór celowy przeprowadzono przy zachowaniu kryterium równego udziału respondentów z poszczególnych jednostek medycznych.

Do badań przygotowano anonimową ankietę, która wymagała od respondentów odpowiedzi na 15 pytań i w obrębie nich zaznaczenia dwojakich odpowiedzi: pierwsza odpowiedź określała do jakiej kultury organizacyjnej należy pracownik, a druga odpowiedź formułowała indywidualne preferencje, co do kultury, w której pracownicy chcieliby najbardziej pracować. Ankieta zawierała również metryczkę respondentów, z określeniem płci, wieku, rodzaju personelu oraz tego, czy dana osoba pełni funkcję kierowniczą.

W trakcie badań uzyskano, ze wszystkich jednostek, 70 zwrotów ankiet, z czego 60 było wypełnionych prawidłowo i mogło brać udział w analizie. Badania ankietowe przeprowadzone wśród wszystkich pracowników miało na celu określenie:

- zbioru cech, którymi powinien charakteryzować się dobry szef
- zbioru cech, którymi powinien posługiwać się dobry podwładny
- priorytetów, którymi powinien kierować się dobry członek organizacji
- cech ludzi, którzy działają w organizacjach
- sposobu traktowania przez organizację jednostki
- sposobu kontroli i wywierania wpływów na pracowników
- sposobu podziału zadań i obowiązków
- powodu, z którego wynika obowiązek pracy
- warunków pracy grupowej, współzawodnictwa
- osób podejmujących decyzje
- struktury komunikacji i kontroli.

Jak już wspomniano w badaniu wzięło udział 60 pracowników Prywatnego Szpitala. Większość respondentów stanowiły kobiety (91,7%), a pozostałą część wyników uzyskano od mężczyzn (8,3%). Jest to uzasadnione faktem, iż za wypełnienie ankiety w większej mierze były odpowiedzialne Przełożone Pielęgniarek i to w ich środowisku uzyskano największą liczbę odpowiedzi. Poza tym można się domyślać, że znikoma liczba lekarzy brała udział w badaniu, co wynika z ich ogólnego nastawienia do tego typu działań, choć pewnie i z braku czasu.

Struktura wieku ankietowanych była zróżnicowana, ale proporcjonalna. Największy procent stanowiła grupa od 18–29 roku życia – 28,3%, następnie w równej proporcji

pracownicy w wieku 30–39 lat oraz 40–50 lat – po 25%, a także grupa powyżej 50 roku życia, która stanowiła również duży odsetek, bo aż 21,7%. Z przeprowadzonych badań można wnioskować, że w grupie pracowników najmłodszych występowały rejestratorki medyczne, początkujące pielęgniarki, jak i personel administracyjny z mniejszym stażem, natomiast w trzeciej grupie (40–50) kadra kierownicza, na czele z Przełożonymi Pielęgniarek, zaś najstarsza grupa można przypuszczać, że były to starsze stażem pielęgniarki oraz lekarze, a także z dłuższym stażem pracownicy administracyjni. Proporcjonalność i zróżnicowanie struktury wieku pracowników, biorących udział w badaniu nad kulturą organizacyjną, ma bardzo duże znaczenie, ze względu na fakt stażu pracy w Szpitalu. Obrazuje bowiem, stosunek zarówno pracowników młodszych, którzy mają krótszy staż pracy w podmiocie, a także pracowników starszych, którzy ze Szpitalem związani są już nawet kilkanaście lat. Przekłada się to również na wyznawany system norm i wartości zarówno dla młodych osób, którzy są na starcie swojej kariery zawodowej, jak i pracowników, którzy funkcjonowali w różnych organizacjach i konfrontują kulturę obecnego podmiotu, z wcześniejszym bagażem doświadczeń.

W badaniu wzięła udział większa liczba osób z personelu medycznego (70%), a relatywną mniejszość stanowiły osoby z personelu administracyjnego i pomocniczego (30%). Odzwierciedla to ogólną liczbę zatrudnionych osób w Szpitalu, który świadczy usługi medyczne, z tego względu zatrudnia przede wszystkim lekarzy i pielęgniarki, natomiast personel niemedyczny jest tylko uzupełnieniem dla prowadzonej działalności.

W ankiecie wzięły udział w większej mierze osoby, z niższego szczebla decyzyjnego, które nie pełnią funkcji kierowniczych, było ich aż 90%, natomiast osoby z kadry zarządzającej i delegującej zadania na inne osoby, stanowiły tylko 10% ankietowanych. Nie jest to jednak zła propozycja, bowiem statystycznie rzecz ujmując na 9 pracowników biorących udział w ankiecie, przypadała 1 osoba pełniąca funkcję kierowniczą.

Respondenci odpowiadali na pytania, które przedstawia tabela 1. Analiza odpowiedzi umożliwiła określenie jaki typ kultury organizacyjnej dominuje w Prywatnym Szpitalu w województwie wielkopolskim, a do jakiej pracownicy ze względu na swoje preferencje chcieliby należeć. Pierwsze odpowiedzi we wszystkich piętnastu pytaniach odpowiadają kulturze siły. Drugie odpowiedzi reprezentują kulturę roli. Trzecie z kolei odpowiedzi określają kulturę zadania, natomiast czwarte, ostatnie odpowiedzi podlegają kulturze osoby. Charakterystyka kultur pozwoli na określenie norm i wartości występujących w Szpitalu, dlatego ważne jest przedstawienie każdej z nich.

Symbolem kultury siły jest pajęczyna, określająca najważniejszy punkt, od którego zaczyna się sieć i następnie kolejne jednostki, zależne od głównego zarządcy. Kultura ta opiera się na strukturze prostej i charakterystyczna jest dla małych przedsięwzięć. Hasłem, które najtrafniej ją określa to: „jedna wielka rodzina”; gdzie ojciec (głowa rodziny), czyli szef jest centralną osobą, która sama wybiera sobie lojalnych współpracowników, a całą organizację uznaje za część swo-

jego życia. Do zalet tej kultury można zaliczyć poczucie dumy i siły, które w niej tkwi, dzięki czemu może bardzo szybko reagować na zmiany występujące w otoczeniu. Główną wadą natomiast jest nepotyzm, gdzie dominuje jedna centralna postać organizująca pracę i sprawująca kontrolę.

Kultura roli, jak sama nazwa wskazuje, najważniejszy w niej jest system. Opiera się na świątyni, jako symbolu, oraz hasła, które brzmi: „prawo i porządek”. Podstawą działania w tej organizacji jest mechanistyczna biurokracja oraz perfekcyjna urzędowość. Cały system, jego procedury i funkcje są sformalizowane. Wszelkie zmiany i pomysły, tworzone są na górze hierarchii, a pracownicy biorąc pod uwagę swój zakres obowiązków (często opracowany na piśmie) wykonują powierzone zadania tylko w jego obrębie – nie mniej, nie więcej. Najważniejszą zaletą tej kultury jest możliwość kontroli pracowników oraz wysoce prawdopodobne rokowanie przyszłości. Do wad zalicza się przede wszystkim okężną komunikację i z góry ustaloną strukturę, od której nie ma żadnych odstępstw.

Kultura zadania to trochę połączenie dwóch wyżej omówionych kultur siły i roli. Nawiązuje ona w swym symbolu również do sieci, ale już nie pajęczej (wszystko zależne jest od jednego początku), tylko na sieci powiązań z podziałem władzy. Typowym hasłem dla kultury zadania jest „rozwiązywanie problemów”. Kultura ta charakteryzuje się zaprojektowaną organizacją i biurokracją, czym nawiązuje do kultury roli, z tym wyjątkiem, że biurokracja ta jest profesjonalna, tzn. organizacja podzielona jest na podzespoły, za które odpowiadają kierownicy średniego szczebla. Każdy zespół jest niezależny, władza rozdzielona, gdzie kierowanie nie odbywa się z perspektywy siły i pozycji, ale na doświadczeniu menedżera. Pracownicy szybko adaptują się do nowych zadań i okoliczności, dominuje praca zespołowa oraz wysoka motywacja – to niewątpliwie zalety tej kultury. Do wad zalicza się trudne kierowanie organizacją oraz pochłanianie większej ilości czasu.

Ostatnią kulturą rozróżnianą w tej ankiecie jest kultura osoby. Każdy pracownik jest w niej swojego rodzaju gwiazdą, stąd też taki symbol tej kultury. Dominujące hasło, które rozbrzmiewa w organizacji to „każdy jest gwiazdą filmową”, wynika to z faktu, że tutaj każdy talent indywidualny jest najważniejszy. System opiera się na kompetencjach, wynikających z edukacji oraz wrodzonej inteligencji, dzięki któremu powstaje profesjonalna organizacja, gdzie kontrola odbywa się z wykorzystaniem prawidłowo dobranych metod i narzędzi. Najważniejsza wartość, która dominuje w kulturze osoby to wolność, gdzie jednostka (jeśli już musi) pracuje na zasadzie umowy z innymi. Złem koniecznym, jest istnienie przywództwa. Niewątpliwymi zaletami tej kultury jest wysoka motywacja, która panuje wśród pracowników, ich nastawienie na indywidualny rozwój umiejętności oraz praca w sympatycznej atmosferze. Z kolei trudność kontroli i kierowania, to główne wady kultury osoby. W tabeli 1 został zaprezentowany procentowy udział odpowiedzi we wszystkich pytaniach, co umożliwiło dogłębną analizę ankiety i scharakteryzowanie określonych kultur.

Tabela 1. Procentowy udział odpowiedzi respondentów biorących udział w badaniu ankietowym kultury organizacyjnej w Prywatnym Szpitalu Wielkopolskim

Table 1. Percentage participation of the respondents taking part in the survey on the organisational culture, carried out at Wielkopolski Private Hospital

PYTANIA I ODPOWIEDZI	Należę do organizacji	Moje preferencje
1. Dobry szef		
Jest silny, zdecydowany i stanowczy, ale sprawiedliwy. Otacza opieką, jest wielkoduszny i sprawiedliwy, ale w stosunku do lojalnych podwładnych.	46,7%	50%
Jest bezosobowy i poprawny, unika wystawiania na próbę swojego autorytetu. Żąda od podwładnych tylko tego, co jest zawarte w formalnym systemie.	28,3%	6,7%
Uznaje równość, ulega wpływom w sprawach związanych z rozwiązywaniem problemów.	8,3%	10%
Wykazuje zainteresowanie i wrażliwość na potrzeby i wartości innych. Wykorzystuje swoją pozycję w celu umożliwienia podwładnym uznania satysfakcji i zachęty do pracy.	16,7%	33,3%
2. Dobry podwładny		
Ciężko pracuje, jest uległy i lojalny wobec przełożonych.	23,3%	3,3%
Jest odpowiedzialny i godny zaufania, wywiązuje się z obowiązków, unika sytuacji kłopotliwych i zaskakujących dla przełożonych.	43,4%	20%
Posiada motywację do najlepszego wykonywania zadań, jest otwarty w ujawnianiu swoich pomysłów i sugestii. Chętnie uznaje przewagę innych, jeśli posiadają więcej doświadczenia lub więcej zdolności.	18,3%	41,7%
Jest żywo zainteresowany rozwojem własnych możliwości, otwarty na naukę i przyjmowanie pomocy. Również respektuje oczekiwania i system wartości innych, chętnie udziela im pomocy oraz przyczynia się do ich rozwoju.	15%	35%
3. Dobry członek organizacji przyznaje pierwszeństwo		
Osobistym wymaganiom szefa.	16,6%	1,7%
Obowiązkom, poczuciu odpowiedzialności i wymaganiom związanym z pełnioną rolą oraz zwyczajowo przyjętym normom zachowania.	61,7%	68,3%
Angażowaniu się, umiejętności, zdolności, energii i zasobów materialnych.	15%	25%
Osobistym potrzebom jednostek.	6,7%	5%
4. Ludzie, którzy działają w organizacjach		
Są przenikliwi, konkurencyjni, kładą nacisk na zdecydowane działanie.	26,7%	8,3%
Są sumienni i odpowiedzialni, posiadają silne poczucie lojalności w stosunku do organizacji.	28,3%	41,7%
Są technicznie kompetentni i efektywni, mocno zaangażowani w wykonywanie pracy.	30%	18,3%
Są efektywni i kompetentni w stosunkach międzyludzkich z mocnym zaangażowaniem w rozwój ludzki.	15%	31,7%
5. Organizacja traktuje jednostkę		
Tak, jak gdyby jej czas i energia była do dyspozycji osób stojących wyżej w hierarchii.	43,3%	1,7%
Tak, jak gdyby jej czas i energia były wykorzystywane według kontraktu ustalającego prawa i obowiązki obu stron.	31,7%	13,3%
Jako współpracownika, który angażuje swoje zdolności i umiejętności do realizacji wspólnego celu.	21,7%	56,7%
Jako godną zainteresowania i wartościową osobę posiadającą własne prawa.	3,3%	28,3%
6. Ludzie są kontrolowani i poddawani wpływom przez		
Poddawanie naciskom władzy ekonomicznej i politycznej (kary i nagrody).	26,7%	1,7%
Bezosobowe naciski władzy ekonomicznej i politycznej w celu narzucenia procedur i standardów działania.	40%	5%
Komunikowanie się i dyskusje na temat zadań, podejmowaną w celu tworzenia osobistego zaangażowania pracowników w osiąganie celów.	33,3%	60%
Wewnętrzne zainteresowanie i osiąganie przyjemności w wykonywaniu pracy i/albo troskę o potrzeby innych zaangażowanych osób.	0%	33,3%
7. Jedna osoba jest uprawniona do kontrolowania czynności wykonywanych przez innych		
Jeśli posiada więcej władzy i autorytet w organizacji.	23,3%	0%
Jeśli w roli przypisanej tej osobie wynika odpowiedzialność za kierowanie innymi.	60%	33,3%
Jeśli posiada większą wiedzę związaną z wykonywanymi zadaniami.	15%	41,7%
Jeśli inni akceptują jej pomoc i instruktaż jako przydatne w nauce i rozwoju.	1,7%	25%

cd. Tabeli 1

8. Podstawą podziału zadań jest/są		
Osobiste potrzeby i opinie osób sprawujących władzę.	16,7%	3,3%
Formalny podział funkcji i odpowiedzialności zawarty w systemie.	51,6%	40%
Wymagania i środki określone przez rodzaj pracy, która ma być wykonana.	30%	46,7%
Osobiste życzenia i potrzeby członków organizacji.	1,7%	10%
9. Praca jest wykonywana z powodu		
Nadziei nagrody, lęku przed karą albo osobistej lojalności wobec jednostki sprawującej władzę.	16,7%	0%
Respektu wobec zobowiązań wspieranych przez sankcje oraz osobistej lojalności wobec organizacji lub systemu.	33,3%	10%
Satysfakcji z doskonale wykonywanej pracy i osiągnięć oraz osobistego zaangażowania się w wykonywanie zadań lub osiągnięcie celów.	40%	56,7%
Zadowolenia z wykonywanych czynności (dla nich samych) oraz szacunek dla oczekiwań i wartości innych osób zaangażowanych w pracę.	10%	33,3%
10. Ludzie pracują razem		
Kiedy jest to wymagane przez przywódcę lub wynika z przekonania, że mogą wykorzystywać siebie nawzajem, w celu uzyskania osobistej przewagi.	21,7%	3,3%
Kiedy współpraca i wymiana jest określona przez system formalny.	40%	10%
Kiedy ich wspólna praca jest niezbędna w dokonywaniu postępu.	28,3%	36,7%
Kiedy współpraca daje osobistą satysfakcję, pobudza lub rzuca wyzwanie.	10%	50%
11. Współzawodnictwo		
Służy osobistej władzy i przewadze.	16,7%	3,3%
Służy osiągnięciu wyższej pozycji wewnątrz formalnego systemu.	43,3%	11,7%
Służy osiągnięciu doskonałości w wykonywaniu pracy.	31,7%	78,3%
Kieruje uwagę na osobiste potrzeby jednostki.	8,3%	6,7%
12. Konflikt		
Jest kontrolowany poprzez interwencję osób sprawujących władzę i często wykorzystywany przez nie do utrzymania władzy.	20%	1,7%
Jest tłumiony przez odwoływanie się do przepisów, procedur związanych z odpowiedzialnością.	40%	1,7%
Jest rozwiązywany w toku szczegółowej dyskusji nad spornymi problemami.	31,7%	43,3%
Jest rozwiązywany przez otwartą i głęboką dyskusję na temat osobistych oczekiwań i wartości jednostek.	8,3%	53,3%
13. Decyzje są podejmowane		
Przez osobę posiadającą wyższą władzę lub autorytet.	46,7%	3,3%
Przez osobę, której zakres obowiązków to przewiduje.	45%	23,3%
Przez osoby posiadające większą wiedzę i doświadczenia na temat danego zagadnienia.	8,3%	55%
Przez osoby najbardziej zaangażowane i związane z osiągnięciem wyników.	0%	18,4%
14. Odpowiednia struktura kontroli i komunikacji		
Polecenie i informacja splywa z góry w dół - tak, że każdy kto stoi wyżej w hierarchii posiada władzę i autorytet większy od każdego stojącego niżej.	41,7%	6,7%
Polecenia splywają z góry w dół, a informacje do góry. Władza i odpowiedzialność jest ograniczona wewnątrz danej struktury.	28,3%	16,7%
Informacja i problemy splywają z centrum realizującego zadania, do ośrodków poniżej i na zewnątrz. Struktura powinna się zmieniać wraz ze zmianą istoty i lokalizacji zadań.	21,7%	45%
Informacja i wpływy przechodzą od osoby do osoby, opierając się na stosunkach międzyludzkich określonych przez dobrowolne włączanie się do realizacji celów pracy, nauki, wzajemnej pomocy, zadowolenia oraz wspólnych wartości. Zadania te są określone obustronną ugodą.	8,3%	31,6%
15. Środowisko jest to:		
Dżungla konkurencji, w której wszyscy są przeciwko wszystkim i ci, którzy nie eksploatują innych, sami są eksploatowani.	53,3%	1,7%
Uporządkowany i racjonalny system, w którym kompetencje są ograniczone prawem, a konflikty ustępują wobec negocjacji i kompromisów.	46,7%	98,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych kultury organizacyjnej w Prywatnym Szpitalu Wielkopolskim w październiku 2011 roku.

Source: the survey, author's own study on the basis of the research on organisational culture, carried out at Wielkopolski Private Hospital.

Wnioski z przeprowadzonych badań

Biorąc pod uwagę wszystkie odpowiedzi, należy stwierdzić, która z kultur dominuje w Prywatnym Szpitalu w województwie wielkopolskim, a do jakiej kultury chcieliby w większej mierze należeć pracownicy Szpitala. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 2.

Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że w Prywatnym Szpitalu Wielkopolskim dominuje kultura roli. Została ona wskazana w 53,3%, spośród 15 pytań. Obowiązuje sformalizowane prawo, panuje porządek, a pracownicy wykonują swoje zadania wynikające z opisu stanowiska pracy. Wszystkie najważniejsze decyzje podejmowane są na górze hierarchii przez kierowników wyższego szczebla.

Wskazanie przez większą część pracowników właśnie na te odpowiedzi, które odpowiadają kulturze roli może wynikać z faktu, stosowania się przez nich do obowiązujących regulaminów i standardów w postępowaniach medycznych. Szpital posiada normę ISO 9001:2008 oraz został wyróżniony w wielu prestiżowych konkursach. Jest to również niepubliczny podmiot działalności leczniczej, gdzie kładzie się nacisk nie tylko na najwyższą jakość i metody leczenia, ale również na dobro pacjenta – klienta, przestrzeganie jego praw, a także jak najlepszą fachową pomoc, z zachowaniem poczucia bezpieczeństwa.

Kultura roli wynika również ze struktury organizacyjnej, występującej w Szpitalu. Delegowanie uprawnień i zdań odbywa się tylko w zakresie koniecznym i z uwzględnieniem pewności, że odpowiedzialność jest przekazywana właściwym osobom. Poszczególne kierownicy przekazują pracownikom niższego szczebla ustalone „na górze” wytyczne i oczekują perfekcyjnego wykonania powierzonych obowiązków. Mają możliwość skutecznej kontroli i przewidywania przyszłości. Kluczowe i bieżące informacje przemieszczają się jednak z dołu do góry. Od pracowników wymaga się lojalności wobec podmiotu oraz postępowania wobec zwyczajowo przyjętych normom i wartości zachowań. Rywalizacja jest wskazana jeśli ma to pozytywny wpływ na cały system i odnosi się do uzyskania wyższej pozycji w hierarchii, w innych przypadkach jest uważana za kierowanie się tylko i wyłącznie własnym dobrem. Dzięki kulturze roli możliwe jest przewidywanie zmian związanych z czynnikami wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi, co umożliwia szybkie reagowanie na zmiany zachodzące w branży medycznej.

Analiza drugiej części ankiety wskazała, że pracownicy Prywatnego Szpitala Wielkopolskiego najbardziej chcieliby pracować w organizacji, gdzie istnieje kultura zadania. Najważniejszą różnicą pomiędzy kulturą roli, a kulturą zadania jest element władzy, który w kulturze zadania jest delegowany w szerszym zakresie, opierając się przede wszystkim na doświadczeniu, a nie na pozycji. Pracownicy woleliby pracować w niezależnych zespołach, których prace organizuje menedżer średniego szczebla. Wtedy wytworzyłaby się większa świadomość grupowa oraz motywacja zespołowa. Każda załoga mogłaby funkcjonować w obrębie swoich indywidualnych norm i wartości, dostosowanych tylko do ogólnej misji Szpitala. W kulturze nastawionej na zadania to bezpośrednio od pracowników wymaga się kreatywności, zaangażowania i pomysłów w rozwiązywaniu problemów. Bardziej ceni się zaangażowanie w pracę, od lojalności do podmiotu. Konflikty rozwiązywane są wspólnie podczas dyskusji, na polu negocjacji i kompromisów, a nie tylko i wyłącznie według przepisów i procedur. Struktura organizacyjna powinna być zmienna, w zależności od istoty i rodzaju zadania, a kluczowe decyzje powinny być podejmowane przez osoby posiadające największe doświadczenie w danej dziedzinie. Kultura zadania jest jednak trudna do kierowania i kontrolowania, ze względu na swą czasochłonność.

W opinii autorów mimo wszystko kultura roli jest bardziej skuteczną formą prowadzenia organizacji w sektorze medycznym, gdzie standardy i procedury leczenia są podstawą działania. W podmiotach działalności leczniczej powinien obowiązywać porządek, ponieważ pracownicy muszą kierować się przede wszystkim dobrem pacjenta. Nie należy jednak zapominać o pracownikach, którzy są kluczowym elementem przewagi konkurencyjnej w sektorze ochrony zdrowia i osobom doświadczonym powierzać większą odpowiedzialność, oraz możliwość podejmowania samodzielnych decyzji.

Zarządzanie zasobami ludzkimi to ciężki proces, który trzeba wdrażać z uwzględnieniem potrzeb organizacji, jak również pracowników. Kultura organizacyjna to element wrażliwy na wszystkie pochopnie wprowadzane rozwiązania, z wykorzystaniem nieprzemyślanych oraz niewłaściwych metod i narzędzi. Kluczowym zadaniem dla menedżerów medycznych jest zmiana nastawienia całego zespołu (zarówno kadry zarządzającej, jak i pracowników) do kształtowania indywidualnej kultury. Jeśli uda zmienić się

Tabela 2. Procentowy zbiór wyników odpowiedzi z podziałem na poszczególne typy kultur
Table 2. Percentage results of the responses, divided into particular culture types

OCENA/ODPOWIEDZI	Kultura siły	Kultura roli	Kultura zadania	Kultura osoby
Należę do organizacji	33,3%	53,3%	13,4%	0%
Moje preferencje	6,7%	20%	53,3%	20%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych kultury organizacyjnej w Prywatnym Szpitalu Wielkopolskim w październiku 2011 roku.

Source: the survey, author's own study on the basis of the research on organisational culture, carried out at Wielkopolski Private Hospital.

świadomość organizacji, to stosowane narzędzia pozwolą szybciej reagować na potrzeby pracowników, dzięki czemu skuteczność działań i postrzeganie podmiotów działalności leczniczej korzystnie się zmieni. Aby móc leczyć ludzi, trzeba najpierw „uzdrowić” organizację.

PIŚMIENNICTWO

1. Nowicka M., Kultura organizacyjna i relacje międzyludzkie jako element strategiczny przy wdrażaniu systemów zarządzania wiedzą, <http://paunik.pl> (20.02.2012).
2. Głowacka M.D., Organizacja doskonaląca się, rozdz. w: Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej. Praca zbiorowa pod red. M.D. Głowackiej, E. Mojs, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
3. Armstrong M., Zarządzanie zasobami ludzkimi, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
4. Henzel-Korzeniowska A., Chabrom J., Bartoniak M., Diagnoza kultury organizacyjnej w ochronie zdrowia, rozdz. w: Profesjonalizm w ochronie zdrowia, Materiały z konferencji naukowo-szkoleniowej, Praca zbiorowa pod red. M.D. Głowackiej, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania, Poznań 2005.
5. Zbiegień-Misiąg L., Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
6. Korach R., (Nie)widoczne podstawy powodzenia, *Personel i Zarządzanie* 2009, 7, 232.
7. Stoner J.A.F., Freeman R.E., Gilbert D.R., Kierowanie, PWE, Warszawa 2011.

Adres do korespondencji:

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu powstało w 1998 roku. Inicjatorami powstania Towarzystwa była grupa entuzjastów nauk o zdrowiu i promocji zdrowia pod kierunkiem dr hab. Marii Danuty Głowackiej.

Towarzystwo powołano w celu inspirowania, popierania i popularyzowania rozwoju nauk o zdrowiu oraz promocji zdrowia. W zatwierdzonym statucie Towarzystwa przedstawiono środki umożliwiające realizację wyżej wymienionych celów, do których zalicza się działalność naukową, popieranie działalności wydawniczej, popieranie badań naukowych, organizowanie wymiany naukowej z zagranicą, organizowanie konferencji, sympozjów i seminariów, dofinansowywanie uczestnictwa członków w innych konferencjach, sympozjach i seminariach. Członkowie Towarzystwa aktywnie uczestniczą w działalności naukowej, badawczej i publikacyjnej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Towarzystwo dofinansowuje uczestnictwo swoich członków w konferencjach organizowanych przez inne uczelnie, a także współuczestniczy w organizowanych przez Wydział Nauk o Zdrowiu konferencjach i sympozjach. Zgodnie z prawem o działalności stowarzyszeń i towarzystw, PTNoZ składa na bieżąco sprawozdania finansowe i podatkowe oraz organizuje walne zebrania członków Towarzystwa zatwierdzając sprawozdania i oceniając działalność statutową.

W roku bieżącym Towarzystwo jest głównym organizatorem m.in. konferencji „Profilaktyka zagrożeń zdrowotnych u dzieci w młodszym wieku szkolnym” i „Ochrona Zdrowia Społecznego”. Zgodnie z uchwałą podjętą na walnym zebraniu planowane jest wydawanie zeszytów naukowych Towarzystwa.

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu
ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań
tel. (0-61) 655-92-50, fax. (0-61) 655-92-51, e-mail: ptnoz@poczta.onet.pl
NIP: 781-16-48-520, REGON: 639578796, KRS: 0000074710
BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy, stanowisko

Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność

Uzyskany tytuł/stopień/zawód

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

E-mail

Proszę o przyjęcie mnie do Polskiego Towarzystwa Nauk o Zdrowiu.
 Zapoznałem/am się ze statutem Towarzystwa.
 Zobowiązuję się do aktywnej współpracy w realizacji celów Towarzystwa
 i regularnego opłacania składek członkowskich.

Data

Podpis

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu
 ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań
 tel. (0-61) 655-92-50, fax. (0-61) 655-92-51, e-mail: ptnoz@poczta.onet.pl
 NIP: 781-16-48-520, REGON: 639578796, KRS: 0000074710
 BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664

Informacja o nowym dziale „Prawo w Pielęgniarstwie”

The information about the new chapter „The law in nursing”



Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom Czytelników oraz w trosce o ich pełną satysfakcję Redakcja Pielęgniarstwa Polskiego informuje, iż na łamach czasopisma został powołany nowy dział „Prawo w Pielęgniarstwie”. Będzie on poświęcony w całości problemom prawnym, z jakimi spotykają się zarówno pielęgniarki, jak i inne osoby związane zawodowo z ochroną zdrowia. Pragniemy przybliżyć naszym Czytelnikom podstawowe regulacje prawne mające zastosowanie w pielęgniarstwie, pomóc w odpowiedniej interpretacji przepisów oraz wyjaśnić ewentualne wątpliwości. Dlatego też gorąco zachęcamy wszystkich zainteresowanych do zapoznawania się z omawianymi kwestiami, a także zadawania pytań oraz dzielenia się swoimi przemyśleniami i spostrzeżeniami. Współpracujący z nami prawnik oraz spe-

cjaliści w dziedzinie ochrony zdrowia dołożą wszelkich starań, aby przedstawiane zagadnienia i odpowiedzi na Państwa pytania były rzetelne i w pełni zadowalające.

Wierzimy, że poruszane tematy pomogą lepiej zrozumieć obowiązujące ustawodawstwo, pozwolą działać w granicach prawa oraz uchronią Państwa przed skutkami obowiązującej łacińskiej *paremii ignorantia iuris nocet* (nieznajomość prawa szkodzi).

Wszelkie pytania i sugestie prosimy kierować na adres Redakcji Pielęgniarstwa Polskiego lub jzdano@ump.edu.pl. Odpowiedzi na Państwa pytania udzielać będzie prawnik – Joanna Zdanowska (pracownik naukowy Zakładu Organizacji i Zarządzania Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu).

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
zaprasza do udziału w XXXVI edycji**

**PODYPLOMOWEGO STUDIUM ZARZĄDZANIA
W OPIECE ZDROWOTNEJ**

- jednego z najlepszych w rankingach szkół menedżerów zdrowia.

Studium jest propozycją dla osób z wyższym wykształceniem, pracujących w podmiotach organizacyjnych służby zdrowia lub planujących karierę zawodową w tych strukturach.

Kadrę dydaktyczną tworzą wysokiej klasy wykładowcy akademicy i specjaliści, których celem jest przekazanie słuchaczom wiedzy oraz umiejętności w zakresie: zarządzania, prawa w ochronie zdrowia, ubezpieczeń społecznych, analizy ekonomicznej, rachunkowości oraz marketingu w jednostkach organizacyjnych opieki zdrowotnej.

Zajęcia prowadzone są w trybie zaocznym, trwają od listopada 2013 do listopada 2014.

Nabór już trwa, zgłoszenia przyjmujemy pod adresem

**Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11 (pokój 218)
tel./fax 61 8612-251 e-mail stud-pod@ump.edu.pl**

Szczegółowe informacje dotyczące studium zamieszczone są na stronie internetowej:

<http://ump.edu.pl>

ZASADY RECENZJI NADSYŁANYCH PRAC DO PIELEŃNIARSTWA POLSKIEGO

1. Autorzy, przysyłając pracę, wyrażają zgodę na proces recenzji. Wszystkie nadesłane prace są poddawane ocenie w pierwszej kolejności przez Redakcję, a następnie przez Recenzenta. W przypadku recenzji negatywnej Autor jest informowany o wyniku recenzji. Ostateczną decyzję w sprawie przyjęcia do druku podejmuje redaktor naczelna w porozumieniu z Komitetem Naukowym.
2. Redakcja nie zwraca nadesłanych prac autorom.
3. Redakcja stara się dbać o merytoryczną zawartość czasopisma, jednak za treść artykułu odpowiada Autor. Redakcja i Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za ewentualne nierzetelności wynikające z naruszenia przez Autora praw autorskich.
4. Recenzenci opiniują pracę uwzględniając jej wartość merytoryczną, wnioskowanie statystyczne, poprawność językową.
5. Redakcja zastrzega sobie prawo do korekty pracy z uwzględnieniem uwag recenzenta dotyczących tabel, rycin, stylu pracy i błędów edytorskich. W niektórych wypadkach, kiedy prace wymagają znaczących poprawek odsyłane są do Autorów z prośbą o ich modyfikację.
6. Za opublikowanie pracy autorom nie są wypłacane honoraria.

REVIEW SYSTEM OF THE POLISH NURSING

1. By sending the article, authors automatically give the Editorial Board their permission to the reviewing process. All articles are firstly evaluated by the Editorial board and then by the Reviewer. If the evaluation is negative, the author is informed about the decision. The final decision about publication is made by the Editor – in – chief in agreement with The Scientific Committee.
2. The Editorial Board does not send the articles back to authors.
3. The Editorial Board makes every effort to maximize informative value of the journal but it is the author who is responsible for the contents. Neither the Editorial Board nor the Publisher bear responsibility for any dishonesty resulting from Author's violation of copyright laws.
4. Reviewers provide their opinion on the article's scientific value, statistical reasoning and linguistic correctness.
5. The Editorial Board reserves the right to correct the article with regard to reviewer's remarks considering the tables, figures, writing style and editorial errors. In some cases, if major corrections are necessary, articles are sent back to their Authors.
6. Authors do not receive remuneration for the publication of their articles.

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC

„**Pielęgniarstwo Polskie**” zamieszcza prace oryginalne, poglądowe, kazuistyczne, sprawozdania ze zjazdów i konferencji, recenzje z książek oraz opracowania z zakresu historii pielęgniarstwa w języku polskim oraz angielskim.

Prace należy przysyłać na adres redakcji w dwóch egzemplarzach drukowanych oraz na nośniku elektronicznym – CD lub dyskietka 3,5” zapisanym w edytorze tekstu program Word. **Tekst nie powinien być adiustowany.** Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie Autorów, iż praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie oraz zgodę kierownika jednostki na publikację.

Do pracy należy na osobnej kartce dołączyć adres do korespondencji oraz numer telefonu kontaktowy do Autora pracy.

Pierwsza strona pracy powinna zawierać:

- tytuł pracy w języku polskim i angielskim
- Autora (Autorów)
- afiliację Autora
- nazwisko kierownika jednostki
- streszczenie w języku polskim i angielskim. Streszczenia powinny mieć charakter strukturalny – zawierać w sobie cel, materiał i metody badań, wyniki oraz podsumowanie, nie powinny przekraczać objętością 200 słów
- słowa kluczowe – nie więcej niż pięć.

Prace podlegają dwóm recenzjom, przy czym recenzenci nie znają nazwisk autorów, ani też nazwy ośrodka, z którego praca pochodzi. Recenzenci decydują o dopuszczeniu pracy do druku oraz wskazują na konieczność dokonania poprawek jako warunek dopuszczenia do druku. Autorzy mają obowiązek ustosunkować się na piśmie do poprawek oraz nanieść je w tekście w określonym przez redakcję terminie. Niedotrzymanie terminu wiąże się z niedopuszczeniem pracy do druku.

Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian dotyczących stylistyki, mianownictwa i skrótów oraz poprawek wersji w języku angielskim – bez uzgodnienia z Autorem.

Artykuły należy zredagować poprawnie pod względem stylistycznym, zgodnie z obowiązującą pisownią i mianownictwem. Skróty muszą być wyjaśnione w tekście.

Ryciny należy podpisywać w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej.

Tytuły w języku polskim i angielskim nad tabelami.

Tabele powinny być oznaczone numerami rzymskimi bądź arabskimi. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm.

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie – wg kolejności cytowania na stronach. Należy podać: kolejny numer pozycji; nazwiska autorów i pierwsze litery imion (w przypadku, gdy jest więcej niż trzech autorów, należy podać trzech pierwszych i dodać: „i wsp.”, tytuł pracy. Następnie:

- a. tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów (wg Index Medicus), rok, tom, numer strony pierwszej i ostatniej, np.: Kowalski J., Nowak J., Nozologiczne aspekty bólów głowy, *J. Med.*, 2007, 1, 12–27.
- b. tytuł książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej, np.: Pawlak P., *Życie i umieranie*, w: Gerontologia, Malinowski A. (red.), PWN, Warszawa 2007, 12–32.
- c. tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion Autora/Autorów tegoż rozdziału, tytuł książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału.

Wymagania co do objętości prac

Prace oryginalne: objętość prac nie może przekraczać 12–15 stron, wliczając w to stronę tytułową, streszczenie, tekst właściwy oraz piśmiennictwo.

Prace kazuistyczne: objętość prac kazuistycznych nie powinna przekraczać 3–4 stron, wliczając w to stronę tytułową, słowa kluczowe, streszczenie oraz piśmiennictwo.

Prace poglądowe: objętość prac poglądowych nie powinna przekraczać 15–20 stron. Sprawozdania ze zjazdów i recenzje – 2 strony.

Zjawiska „ghostwriting” oraz „guest authorship” są przejawem nierzetelności naukowej. Aby przeciwdziałać przypadkom „ghostwriting” oraz „guest authorship” Redakcja prosi autorów nadsyłanych prac o podanie informacji, jaki jest ich wkład w przygotowanie pracy. Informacja powinna mieć charakter jakościowy – autorzy powinni podać, czy ich wkład w powstanie publikacji polega na opracowaniu koncepcji, założeniach, metod, protokołu itp. Autorzy są także proszeni o podanie źródeł finansowania badań, których wyniki są prezentowane w nadsyłanej pracy. Załączone do pracy oświadczenia powinny być podpisane przez poszczególnych autorów zgłaszanej pracy.

Uwaga: Wszelkie przejawy nierzetelności naukowej będą przez Redakcję demaskowane włącznie z powiadaniem odpowiednich podmiotów.

Adres Redakcji:

Pielęgniarstwo Polskie, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
e-mail: pielęgniarstwo.polskie@ump.edu.pl

PIELEGNIARSTWO POLSKIE EDITOR'S REQUIREMENTS
GUIDANCE FOR POTENTIAL CONTRIBUTORS

Papers should be submitted to the Editor's Office in two hard copies and one soft copy on CD or 3.5" floppy disk in the Word format. **The text must not be edited.** Each submission should be accompanied by a written Author's statement that the work has not been published in any other journal and a publishing agreement by the head of the research unit.

The Author's address for correspondence and phone number should be provided on a separate sheet.

The first page of a paper should include:

- paper title in Polish and in English
- author's (Authors') name(s)
- author's affiliations
- structured abstract of up to 200 words in Polish and in English (including study objectives, material, methods, results and summary)
- up to five key words.

Submitted papers are reviewed by two reviewers, who do not know Authors' names or the name of Authors' institution. The reviewers decide whether or not a manuscript should be published and suggest corrections that must be made prior to publication. Authors are then required to express their opinion on the recommended corrections in writing and to meet the revision deadline set by the Editor's Office. As a result of a failure to meet the deadline, a paper is not considered for publication.

The Editor reserves the right to make any adjustments of style, terminology and abbreviations as well as corrections of the English version, without asking for the Author's consent. Articles must be edited in line with the adopted style, spelling and terminology requirements. Abbreviations must be defined in full in the text.

Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals. Table titles in both Polish and English should be placed above tables. All tables should be numbered using either Roman or Arabic numerals. Table width should not exceed 8 cm or 16 cm.

References should appear in the order in which they are first cited in the text and listed in numerical order at the end of the article. The sequence for a journal article should be: author(s), title of paper, journal name abbreviated as in Index Medicus (written in full if no abbreviation quoted), year of publication, volume number, first and last numbers of pages. If there are 4 or more authors, include first three and then et al, for example:

Nowak P., The analysis of epileptic seizures in children aged 7–12 years, *Seizure*, 2007, 5, 12–32.

Sequence for the book is: chapter author(s), chapter title, editor, book title, edition and place of publication, first and last pages, for example:

Malinowski A., Life and death, in: *Investigation*, Kowalski B. (eds.), Oxford Univ. Press, London 1994, 12–32.

Length requirements

Original research: paper length must not exceed 12–15 pages, including title page, abstract, body and references. Case studies: paper length should not exceed 3–4 pages, including title page, key words, abstract and references. Opinion articles: paper length should not exceed 15–20 pages. Conference reports and reviews: 2 pages.

The phenomena of „ghostwriting” or „ghost authorship” are considered dishonest and unacceptable. To counteract their occurrence the Editorial Board asks all listed authors of submitted papers to provide information on their contribution in manuscript preparation. The information has to be qualitative in character i.e. the authors should state whether their work included preparation of conceptual framework, assumptions, methods, protocol etc. Authors are also asked to state sources of funding for research, the results of which are presented in the submitted paper. In addition, each author must complete and submit a statement which should be attached to the manuscript.

Caution: Any and all cases of scientific dishonesty will be revealed by the Editorial Board and may be reported to the author's professional regulatory body.

Editor's Address: *Polish Nursing*, The Faculty of Health Sciences, Poznan University of Medical Sciences,
11 Smoluchowskiego Str., Poznań, Poland, e-mail: pielegniarstwo.polskie@ump.edu.pl